

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DE LA NACION

PROGRAMA DE GOBIERNO DEL EXCMO.
SEÑOR PRESIDENTE DE LA NACION,
GENERAL DE BRIGADA JUAN PERON

# PLAN ANALITICO DE SALUD PUBLICA

*PREPARADO BAJO LA DIRECCION TECNICA*
*DEL Prof. Dr. RAMON CARRILLO, SECRETARIO*
*DE SALUD PUBLICA DE LA NACION*

TOMO II

BUENOS AIRES
1 9 4 7





SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DE LA NACION

PROGRAMA DE GOBIERNO DEL EXCMO.
SEÑOR PRESIDENTE DE LA NACION,
GENERAL DE BRIGADA JUAN PERON

# PLAN ANALITICO DE SALUD PUBLICA

*PREPARADO BAJO LA DIRECCION TECNICA DEL Prof. Dr. RAMON CARRILLO, SECRETARIO DE SALUD PUBLICA DE LA NACION*

TOMO II




BUENOS AIRES
1947

## CAPITULO XIII

### *EPIDEMIAS*

*Luchar contra esas enfermedades que aparecen súbitamente y afectan a grandes sectores de la población y que son un estigma para la Sanidad Nacional dado el adelanto y la eficacia de la Medicina Preventiva.*

El carácter epidémico de algunas enfermedades determina, en ciertos casos, una mortalidad elevada y en otros una incapacidad temporaria o definitiva en grandes sectores de la población.

La lucha y prevención de las epidemias es deber fundamental del Estado, pues sus consecuencias son comparables a las de las guerras y cataclismos.

La humanidad en otras épocas pagó caro tributo a las epidemias, llegando la mortalidad en algunas enfermedades, como la peste, viruela, tifus exantemático, fiebre amarilla, etc., a varios millones de personas.

Ese estudio de las enfermedades epidémicas, aclaró muchos hechos para la defensa contra estos flagelos. Con los descubrimientos de Pasteur y de los investigadores que continuaron su obra, se pasó del empirismo al verdadero conocimiento de la etiología, epidemiológica y profilaxis de estas enfermedades. Este aporte científico abrió horizontes insospechados a la prevención y curación de las enfermedades epidémicas y puso al servicio de la humanidad elementos de protección y tratamiento de alto valor.

La búsqueda de portadores sanos y de reservorios y vectores de enfermedades infecciosas, así como la desinfección, la asepsia, las vacunas preventivas, la sueroterapia específica, las sulfamidas, la penicilina, la esteptromicina, son todas adquisiciones de la medicina, capaces de determinar la desaparición de algunas enfermedades o limitar su extensión y gravedad.

La aparición de epidemias está condicionada por dos factores, la mayor o menor difusión del agente etiológico y la inmunidad de la población atacada. Por tanto, la prevención de estas epidemias se lleva a cabo inmunizando a la población en algunos casos, y en otros, tratando de evitar la difusión del agente etiológico por medio del aislamiento.

Las enfermedades endémicas son consideradas en otro capítulo de este plan, ocupándonos aquí de las de carácter epidémico.

Dentro del amplio grupo de las enfermedades epidémicas, hay algunas, contra las cuales se cuenta con un recurso profiláctico: la inmunización activa, cuya eficacia es indiscutida, ya que mediante su aplicación se llega a la erradicación de ellas.

La viruela es, en este sentido, un ejemplo elocuente. La Ley 4.202, que se aplica desde 1903, ha hecho que, prácticamente, esta enfermedad haya dejado de ser un problema, pues sólo se han registrado pequeños brotes aislados en estos últimos años, producidos por casos importados y ocurridos en lugares donde dicha ley no tiene imperio.

En otras enfermedades transmisibles, las de origen acuoso por ejemplo, la lucha debe encararse, en primer término, con la adopción de medidas preventivas orientadas en forma directa a suprimir la causa originaria, mejorando los abastos de agua, leche y alimentos, y construyendo redes cloacales. La ejecución de estas obras sanitarias, que el Plan Quinquenal contempla en otro lugar, debe encararse en forma que abarque todo el país.

Mientras tanto, no es posible dejar a la población inerme frente a esas enfermedades, debiéndose aplicar la inmunización activa periódicamente en las zonas infectadas, y circunstancialmente en los casos de brotes epidémicos.

Dentro del grupo de las fiebres eruptivas y de otras enfermedades infecciosas comunes a la infancia, el aislamiento precoz ocupa un plano principal, siempre que se realice en forma tal que no se ocasione un perjuicio mayor que el mal que se desea evitar.

En este sentido, es menester adoptar medidas uniformes para todo el país, referentes a la exclusión pre-escolar y escolar de enfermos y portadores sanos en los jardines de infantes y establecimientos de enseñanza, lo que permitirá yugular los brotes apenas iniciados, sin tener que llegar a medidas extremas, como clausura de escuelas o a la adopción de procedimientos hoy reconocidos como ineficaces y antieconómicos, tales como la desinfección terminal de los locales.

En las enfermedades infecciosas producidas por virus filtrables, la lucha será cada vez más eficaz a medida que a éstos se los conozca mejor, no sólo en sus características etiológicas, sino en sus modalidades regionales. Ello impone la sistematización de su estudio, multiplicando los establecimientos y los institutos especializados.

Las zoonosis —enfermedades de los animales, transmisibles al hombre— exigen la coordinación de las medidas profilácticas di-

rigidas a la especie humana, con las de orden veterinario. La actualización de las disposiciones legales de policía animal, la construcción higiénica de mataderos, el suministro de leche higiénica, la sanción de una ley canina para toda la Nación y muchas otras disposiciones que están a estudio, permitirán dominar en buena parte las zoonosis propias de nuestro país.

A medida que se vayan aplicando las disposiciones de este Plan Quinquenal, desaparecerán paulatinamente muchas de las enfermedades transmisibles, por lo menos en sus manifestaciones epidémicas, y otras reducirán grandemente sus índices de morbiletalidad.

Pero ello no impide que la presentación de casos esporádicos o de pequeños focos epidémicos, deba encontrar al personal técnico del Estado en condiciones de luchar activa y rápidamente contra ellos, siendo necesario, por lo tanto, organizar en forma adecuada los medios de lucha y preparar los técnicos capaces de resolver los problemas epidemiológicos en el momento que sea necesario.

## INSTITUTO BACTERIOLOGICO

*La investigación debe estar a la altura de la producción científica mundial. Llevar la producción hasta llenar las necesidades de la población*

El Instituto Bacteriológico Malbrán, es una de las dependencias de mayor importancia y tradición en la Secretaría de Salud Pública.

Las actividades del Instituto Bacteriológico Malbrán pueden clasificarse dentro de dos órdenes diferentes, a saber: producción e investigación.

I). PRODUCCION. — La produción del Instituto Bacteriológico Malbrán, si bien ha alcanzado un gran volumen, debe ser objeto de mejoras en lo que se refiere a la calidad de los sueros, vacunas y productos organoterápicos.

La mayor parte de los sueros antitóxicos que actualmente se preparan, son concentrados por medio de sulfato de sodio, método que se aplica desde hace casi 30 años. En ese sentido, sólo hubo mejoras en las instalaciones y ampliaciones de las mismas, debido al aumento de la cantidad de los sueros elaborados.

Sin embargo, desde hace 10 años, en otros países (Estados Unidos de Norteamérica e Inglaterra), se introdujeron los adelantos de la «enzimología» en el mejoramiento de los sueros antitóxicos. Mediante el citado método se consigue una mayor concentración de los sueros, lo que permite el empleo de pequeños volúmenes para el tratamiento de los enfermos o para la prevención de las enfermedades infecciosas. Además mediante dicho

método de purificación, se consigue eliminar de los sueros aquellas substancias productoras del «shock» suérico, que como es sabido, es mortal en un alto porcentaje de los casos. También los sueros purificados tienen la gran ventaja de no desencadenar los trastornos conocidos con la denominación de «enfermedad del suero», que tantas molestias provocan en el hombre. Desde hace varios años se ha intentado en el Instituto Bacteriológico, la elaboración de sueros antitóxicos digeridos; sin embargo, esto nunca se ha llegado a realizar en gran escala.

A) PLANTA DE ELABORACION DE SUEROS DIGERIDOS. — Los datos consignados en el párrafo anterior, son suficientes para fundamentar la necesidad de la construcción de una planta de elaboración de sueros antitóxicos digeridos.

Es conveniente que dicha planta se encuentre ubicada dentro de un cuerpo de edificio propio, el cual debe constar de un laboratorio, del salón de elaboración de los sueros y de las cámaras frigoríficas. El laboratorio estaría dedicado a la medición de los sueros y a la fiscalización de las etapas que comprende el proceso de digestión de los sueros.

En el salón, dedicado a la purificación de los sueros, estarían colocados los grandes tanques utilizados en la digestión y precipitación de los sueros. Finalmente, también allí se ubicarían los grandes filtros, prensas para la separación de las globulinas activas y los aparatos de diálisis, con lo que se daría por terminada la elaboración de los mismos.

Los sueros serían depositados en las cámaras frías construídas con ese objeto.

Con instalaciones adecuadas, sería posible elaborar y purificar en gran escala todos los sueros antitóxicos, es decir: antidiftérico, antitetánico, antigangrenoso, antiofídico y antiescarlatinoso. Así, la Secretaría de Salud Pública contribuiría a una obra de gran importancia social.

En el Instituto Bacteriológico Malbrán, existe espacio suficiente como para ubicar la planta de purificación de sueros digeridos, cuyo monto aproximado sería el siguiente:

| | | |
|---|---|---|
| Edificio de la planta ........................ | $ | 100.000.— |
| Instalación del laboratorio .................... | ,, | 30.000.— |
| Instalación 20 digestores, diferente capacidad .. | ,, | 150.000.— |
| Instalación 10 filtros prensas .................. | ,, | 30.000.— |
| Instalación 10 aparatos dializadores ........... | ,, | 20.000.— |
| Instalación cámara frigorífica ................. | ,, | 20.000.— |
| Total ..... | $ | 350.000.— |

1) CONSTRUCCION DE CAMARAS FRIAS. — Las cámaras frías que actualmente existen en el Instituto Bacteriológico Malbrán son insuficientes, y con mayor razón lo serán, cuando estén instaladas

las nuevas plantas de producción. Por tanto, se harán necesarias cámaras frigoríficas con el objeto de almacenar los sueros, vacunas y productos organoterápicos una vez elaborados.

Para ello habría que construír cinco cámaras frigoríficas, cuyo monto aproximado sería de $ 100.000.

Con ese objeto, el lugar adecuado sería la antigua sala de sangría, que actualmente está transformada en laboratorio.

2) ADQUIRIR CAMPO DE INMUNIZACION DE ANIMALES. — Actualmente, el Instituto Bacteriológico Malbrán arrienda en la localidad de Marcos Paz, un campo de inmunización de 682 hectáreas. Como se trata de un campo apto para la explotación agrícola y ganadera, sería de interés su expropiación o la compra de un campo similar.

El mencionado campo sería utilizado para la inmunización de los caballos, para la cría de animales, como ser: caballos, bovinos, ovejas, conejos y cobayos. También habría que contemplar el traslado allí, del criadero de ratas y ratones blancos.

También el campo podría ser explotado desde el punto de vista de la producción agrícola, para atender la alimentación de los animales y de otras necesidades de dependencias de la Secretaría de Salud Pública.

Además, la posesión de un campo de inmunización, permitiría una buena selección de los animales utilizados en los trabajos pertinentes del Instituto Bacteriológico Malbrán.

Si además tenemos en cuenta la amplitud que alcanzaría la producción de sueros inmunes, se haría necesaria la ampliación de las actuales instalaciones, así como también, las viviendas del personal de Salud Pública destacado en el campo de inmunización.

Podríamos hacer un cálculo aproximado del monto del campo de inmunización y de las instalaciones, en la siguiente forma:

| | | |
|---|---|---|
| Valor del campo | $ | 4.000.000.— |
| Instalaciones | „ | 200.000.— |

3) FABRICA DE SUEROS, VACUNAS Y PRODUCTOS ORGANOTERAPICOS. — En esta fábrica, sólo se debe contemplar la elaboración de los sueros antimicrobianos, como ser: antineumocóccico, anticarbuncloso, antipestoso, etc. Sin embargo, debemos señalar que estos sueros están perdiendo cada vez más su valor, debido a la aplicación de los nuevos derivados de la sulfanilamida y al descubrimiento de antibióticos, a saber: gramicidina, penicilina, estreptomicina, etc.

Además, los conocimientos actuales dejan entrever que la lucha contra las afecciones bacterianas y posiblemente aun aquellas debidas a virus filtrables, está en manos de los antibióticos.

Referente a las vacunas, su fabricación está dividida en los tres grupos siguientes: bacterianas, virus filtrables y toxoides.

Las instalaciones actuales de fabricación de vacunas bacterianas del Instituto Bacteriológico Malbrán son suficientes, y sólo hay razón de ampliar aquellas concernientes a la vacuna contra la coqueluche y fiebre tifoidea. También debemos recalcar que el descubrimiento de antibióticos, prácticamente ha eliminado el uso de algunas vacunas, como ser: estafilocóccica, estreptocóccica, gonocóccica, etc.

Referente a los virus filtrables, se hace necesario ampliar la elaboración de algunas vacunas y la fabricación de otras nuevas.

Así, hay que ampliar el pabellón dedicado a la preparación de la vacuna antivariólica. Las instalaciones actuales no son suficientes para la elaboración de vacuna en grandes cantidades.

También deben crearse laboratorios adecuados para la preparación de vacuna contra la gripe, enfermedad de gran importancia económico-social.

Luego, tenemos el problema de las vacunas obtenidas de la inactivación de toxinas y conocidas con el nombre de toxoides o de anatoxinas, que tanta aplicación tiene una de ellas en la lucha contra la difteria y escarlatina.

Al aplicarse en forma intensiva y obligatoria la vacunación antidiftérica a todos los niños de 9 meses a 1 año de edad, y luego en la edad escolar se hará necesaria la ampliación de las instalaciones existentes.

Con ese objeto, es conveniente la construcción de un pabellón especial, que constaría de un laboratorio, 4 cámaras estufas y 2 cámaras frías. En esa forma, se eliminaría el inconveniente de preparar toxoide diftérico en un laboratorio dedicado también a otros fines.

Para ello, presentamos un presupuesto aproximado del laboratorio dedicado a la preparación de toxoide diftérico:

| | | |
|---|---|---|
| Construcción del pabellón ............ | $ | 100.000.— |
| Instalación del laboratorio ............ | „ | 30.000.— |
| Construcción de 4 cámaras estufas ..... | „ | 20.000.— |
| Construcción de 2 cámaras frías ....... | „ | 20.000.— |
| Total ..... | $ | 170.000.— |

Consideramos que en esta forma, se podrán contemplar las necesidades futuras de preparar vacunas mixtas: una contra la fiebre diftérica y coqueluche; la otra, contra la difteria, coqueluche y tétano.

Finalmente, debemos encarar la necesidad urgente de la preparación de productos organoterápicos y especialmente dos de ellos: insulina y estrona.

En estos momentos, la elaboración de esos productos está prácticamente paralizada a consecuencia de una explosión que, dos años atrás, sufrió la sección Organoterápica.

La Secretaría de Salud Pública, al afrontar el problema de los diabéticos del país, tendrá que ampliar las instalaciones de la actual sección Organoterapia y fabricar en cantidad suficiente, insulina e insulina-protamina-zinc.

Además, el Instituto Bacteriológico Malbrán estuvo dedicado al estudio de la preparación de estrona cristalizada.

Dada la importancia que tiene la estrona como hormona de las funciones femeninas, queda justificado el interés de su fabricación.

Pensamos que las nuevas ampliaciones e instalaciones de la sección Organoterapia, insumirían el dinero siguiente:

| | | |
|---|---|---|
| Ampliación de edificio ............... | $ | 200.000.— |
| Instalación de la fábrica ............. | ,, | 300.000.— |
| Total ..... | $ | 500.000.— |

B) PLANTA DE PENICILINA. — En la instalación de la planta de penicilina, hay que contemplar la de otros antibióticos, como ser, la estreptomicina.

Los datos recogidos, indican que una planta para fabricar un millón de dosis anuales de penicilina (1 dosis = 100.000 Unidades Oxford), construcción e instalación, se elevaría a 3 millones de pesos.

En cuanto a la estreptomicina, diremos que su elaboración en EE. UU. recién se inicia, y la cantidad obtenida es reducida. Por tanto, no poseemos elementos suficientes para abrir juicio en cuanto se refiere a su fabricación industrial.

Sin embargo, en el estudio de las enfermedades y el de su prevención, los conocimientos actuales revelan que el arma de combate está en las substancias antibióticas. Por tanto, se hace indispensable la instalación de un laboratorio especialmente dedicado al aislamiento y estudio de antibióticos.

II. — INVESTIGACION. — La segunda importante función del Instituto Bacteriológico Malbrán, es la investigación. Sin embargo, debemos decir que su producción científica no está a la altura de los conocimientos actuales de la bacteriología.

Para corregir dicho estado de cosas, hay que abordar el problema en los aspectos siguientes: 1°.) selección del personal dedicado a la investigación científica; 2°.) reconstrucción de laboratorios; 3°.) provisión de aparatos, material de estudio y revistas necesarias para los estudios científicos.

En cuanto al personal dedicado a la investigación científica, hay que colocarlo dentro de un escalafón especial, de manera de asegurar su porvenir económico.

En estos momentos, se hace necesario llevar al Instituto Bacteriológico Malbrán, personas jóvenes, que tengan interés verdadero en la investigación científica.

La resolución del actual Secretario de Salud Pública, de tomar personal jornalizado y distribuirlo en los laboratorios, es una manera muy adecuada y que permitiría elegir a los futuros investigadores científicos. En cuanto al número de personas que ingresarían anualmente, estaría limitado por las necesidades del Instituto Bacteriológico.

E) NUEVO EDIFICIO PARA LA BIBLIOTECA. — El local que actualmente está destinado a la biblioteca, es insuficiente para la cantidad de revistas y libros que posee. Además, está ubicado en un lugar poco adecuado, sus instalaciones son anticuadas y poco eficientes.

Hay que ubicar la biblioteca en el centro de las distintas dependencias del Instituto Bacteriológico, dotarla de compartimientos individuales para aquellas personas que realicen trabajos especiales y ficheros análogos a los que poseen las bibliotecas modernas.

Habría que destinar a la biblioteca la suma de dinero siguiente:

| | | |
|---|---|---|
| Edificio ............................ | $ | 100.000.— |
| Instalaciones ........................ | ,, | 100.000.— |
| Total ..... | $ | 200.000.— |

1 PARTIDAS PARA VIAJES DE ESTUDIOS. — Para facilitar la formación del nuevo personal dedicado a la investigación científica y especializado en las diferentes actividades del Instituto Bacteriológico, es conveniente enviarlos a estudiar al extranjero. Ello se podría realizar en forma rotativa creando el año sabático.

Con dicho objeto, habría que incluir en el presupuesto una partida anual de $ 100.000.

Consideramos que con los viajes antedichos, se contribuiría a aumentar el caudal científico de los estudiosos y servirían de estímulo como premio a los trabajos realizados.

2 RECONSTRUCCION Y REDOTACION DE LOS LABORATORIOS. — El edificio que ocupa el Instituto Bacteriológico Malbrán fué construído hace 30 años. Actualmente está en malas condiciones de conservación y los laboratorios son incómodos para el trabajo. Estos hechos no son de extrañar, puesto que en 30 años, hubo grandes progresos en materia de laboratorios de investigación científica.

Si se adquieren las grandes fábricas extranjeras de sueros y vacunas, sería oportuno trasladar allí a los laboratorios del Instituto Bacteriológico Malbrán y dedicar los actuales gabinetes a

la investigación científica. En ese caso, la producción pasaría a las mencionadas fábricas extranjeras, y el Instituto Bacteriológico Malbrán sería un centro de investigación dedicado a la lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas y estaría mejor colocado dentro de su función específica y social.

Por lo tanto, es urgente reconstruir los nuevos laboratorios sobre la base de los ya existentes y de acuerdo a un plan general que contemple las necesidades perentorias del Instituto Bacteriológico.

Consideramos que la reconstrucción del actual edificio, absorvería un millón de pesos.

Finalmente, es urgente proveer a los distintos laboratorios, de aparatos e instrumental indispensables para la investigación científica. Los actuales son muy pobres e inadecuados para los estudios científicos. Además, se carece de aparatos modernos, como ser: ultracentrífugas, microscopio electrónico, equipo de electroforesis, de evaporación de grandes cantidades de líquido a baja temperatura, etc.

En aparatos, instrumental e instalación de los mismos, habría que invertir 2 millones de pesos.

## RELACION CON EL PROYECTO DE CODIGO SANITARIO

Art. 3.º Inc. 1. — Realizar y estimular el estudio y la investigación de los problemas sanitarios y de asistencia social.

Hay que contemplar la posición que en este aspecto ocupa el Instituto Bacteriológico Malbrán, es decir, estimulando la investigación científica. Por lo tanto, habría que incluir una estructuración del mismo, referente a los temas siguientes: clasificación de actividades, selección del personal a ingresar al mismo, escalafón especial de los individuos dedicados a estudios científicos, facilitar las publicaciones de trabajos originales, otorgar viajes de estudios, proveer de materiales para trabajos de laboratorios, etc.

Art. 3.º Inc. 3. — Proveer a la profilaxis y tratamiento de las enfermedades.

Hay que tener en cuenta la importancia del Instituto Bacteriológico Malbrán como centro de producción fabril, teniendo en cuenta lo siguiente: preparación de sueros antitóxicos digeridos que, en cantidad suficiente, podrán cum-

plir con las necesidades de la población; fabricación de antibióticos de mayor importancia; elaboración de vacunas contra la viruela, coqueluche, difteria, escarlatina, influenza, etc.; fabricación de productos hormonales, como ser: insulina, estrona, etc.

Art. 3.° Inc. 8. — Adoptar las medidas necesarias en casos de denuncias de enfermedades cuarentenales o de brotes epidémicos de carácter peligroso.

La mayor parte de estas enfermedades está incluída dentro del grupo B, de denuncia obligatoria y se tomarán las providencias siguientes: perfeccionar la reglamentación de las leyes respectivas; difusión de las técnicas de vacunación; facilitar los servicios de visitadores sociales; vacunación de todos los niños —de 9 meses a 1 año de edad— contra la viruela, difteria, coqueluche; provisión de los sueros y vacunas necesarios; distribución y servicios gratuitos de vacunación.

Art. 3.° Inc. 56. — Promover, organizar y/o proveer la formación y el perfeccionamiento de médicos higienistas, epidemiólogos y otros especializados en problemas de salud pública; ingenieros sanitarios, *laboratoristas,* enfermeras, visitadoras, asistentes sociales, dietistas y otros técnicos o auxiliares sanitarios.

El Instituto Bacteriológico Malbrán dictará un curso de perfeccionamiento de laboratorios, que abarcará seis meses del año. Así, se conseguirá de una manera efectiva formar profesionales capaces en trabajos de laboratorios, cuyo número en estos momentos es insuficiente para llenar las necesidades del país.

## PRELACION DE LAS OBRAS

*Año* 1947. — *Instituto Bacteriológico Malbrán.*

Durante el año 1947, en el Instituto Bacteriológico Malbrán se realizarán las obras siguientes:

1) Se reconstruirán los laboratorios correspondientes a la planta alta del edificio.
2) Terminar con las reparaciones del edificio del laboratorio de organoterapia.
3) Construcción de la planta de producción de sueros digeridos.

4) Se enviarán dos profesionales al extranjero, con el objeto de estudiar la instalación de la planta de producción de antibióticos e instalación del laboratorio de Enzimología.

*Año* 1948.

1) Reconstrucción de los laboratorios del piso intermedio.
2) Ampliación del edificio de producción de vacunas contra las enfermedades ocasionadas por los virus filtrables siguientes: viruela e influenza.
3) Construcción de la planta de producción de antibióticos y del laboratorio de Enzimología.
4) Construcción del laboratorio para estudiar la fiebre amarilla.

*Año* 1949.

1) Reconstrucción de los laboratorios y oficinas situados en el primer piso.
2) Construcción de cámaras frías.

*Año* 1950.

1) Reconstrucción de los laboratorios situados en el subsuelo.
2) Adquisición del campo de inmunización de animales.
3) Ampliación del laboratorio de producción de vacunas antimicrobianas.

*Año* 1951.

1) Construcción del laboratorio de producción de toxoides.
2) Construcción del edificio de la Biblioteca.
3) Completar instrumental y aparatos de laboratorios.
4) Arreglo de los jardines.

En esta reforma se ha contemplado la realización de los trabajos en forma paulatina, de manera que no se interfiera con las actividades del Instituto Bacteriológico Malbrán. Así se habrá cumplido con la tarea de colocar al mismo, dentro de su función específica, como centro de lucha contra las enfermedades epidémicas.

Al mismo tiempo, se habrá dado nueva vida a tan importante dependencia, que tan pocos adelantos ha tenido desde la época de su fundación.

## DIFTERIA, VIRUELA, COQUELUCHE, ETC.

La lucha contra las enfermedades de carácter epidémico deberá hacerse en forma progresiva y gradual, por etapas, aprovechando al máximo los medios actuales y disponiendo la ampliación de los mismos, así como la creación de otros organismos y servicios complementarios, a fin de que, al terminar el quinquenio, los resultados sean lo más efectivos posible.

Es primordial llevar a la práctica —lo que hasta ahora no se ha hecho— las disposiciones contenidas en la Ley 12.317 de Denuncia Obligatoria de las Enfermedades Transmisibles, con las modificaciones que los conocimientos actuales aconsejan. Sólo así se conseguirá una información más ajustada de la morbilidad infecciosa en el país y la confección del mapa epidemiológico de la Nación. Esto traerá aparejada la creación de una mentalidad higiénica en los médicos de la República, primera y primordial etapa de la educación sanitaria de la población, imprescindible para el éxito de cualquier empresa de salud pública.

Para la notificación oportuna de las enfermedades transmisibles, es indispensable el diagnóstico de la manera más precoz y exacta que sea posible. Con ese objeto, el Estado debe crear, en distintas regiones del país, laboratorios que faciliten el diagnóstico bacteriológico ó biológico de las enfermedades transmisibles y suministren gratuitamente al médico y a la familia del enfermo los medios que puedan convenir según el caso. Ningún centro de salud o policlínico estatal, existente o a crearse, debe carecer de este tipo de laboratorios públicos.

Cuando las circunstancias lo aconsejen, se procederá a los exámenes médico-preventivos de las colectividades en todas las zonas sospechosas o señaladas por un aumento inusitado de la morbiletalidad infecto-contagiosa, y en aquellas donde aparecieren casos de enfermedades pestilenciales.

La centralización de la notificación obligatoria de las enfermedades transmisibles, se hará en un organismo moderno y bien dotado desde el punto de vista estadigráfico, que constituirá la Oficina Central de Estadística Epidemiológica de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, tal como, por otra parte, lo recomienda el Código Sanitario Panamericano.

Esta Oficina Central estará en conexión con Oficinas Regionales de Estadística, donde se relevarán los cómputos primarios.

Exceptuando a las ciudades más importantes del país (Buenos Aires, Rosario, Córdoba, etc.), que tienen hospitales para aislamiento de enfermos infecciosos, no se cuenta en el territorio de la República con el número suficiente de servicios destinados a ese fin. Es pues de suma urgencia, la creación de pabellones para enfermos infecto-contagiosos en los hospitales policlínicos regionales. existentes o a crearse.

Los centros de salud contarán con médicos especialistas en enfermedades infecciosas, encargados del reconocimiento o identificación de los casos y de la aplicación de las medidas profilácticas que correspondan a cada zona, disponiendo la hospitalización y el aislamiento de los enfermos en período de transmisibilidad, cuando su estado de salud y condición social representen un peligro para la colectividad.

La aparición de brotes epidémicos hace necesaria la lucha intensiva, organizada y dirigida por equipos técnicos, integrados por epidemiólogos, bacteriólogos y personal auxiliar. Estos equipos serán provistos del material de lucha y de laboratorios de campaña preparados en forma tal, que el auxilio pueda ser prestado con toda la urgencia que el brote requiera. A este fin se organizarán equipos especializados para peste, tifus exantemático, etc., que contarán con medios de movilidad y de transporte adecuados.

La desinfección y la desinfestación, de conformidad con las normas modernas de la higiene, se realizarán mediante la creación de estaciones fijas y móviles en puntos estratégicamente distribuídos o mejorando las ya existentes, de acuerdo con la importancia de cada localidad y de su radio de acción, debiendo estar todas ellas provistas de los aparatos y materiales suficientes.

La lucha contra los roedores debe encararse con un criterio racional y de acuerdo con la extraordinaria importancia que se deriva de los ingentes perjuicios que acarrean, no sólo a la salud de la población por las enfermedades que directa o indirectamente transmiten, sino también a la economía nacional. Cálculos serios hacen llegar a más de trescientos millones de pesos las pérdidas por deterioros y destrozos que causan las ratas anualmente en el país. La lucha se realizará mediante una campaña intensa y permanente. Las construcciones «a prueba de ratas», las fumigaciones, el envenenamiento y atrape de roedores por medio de brigadas especializadas, la incineración de basuras, y, en fin, la educación sanitaria de las poblaciones rurales, son los aspectos primordiales de esa lucha.

Dado que las enfermedades transmisibles constituyen, por su rápida difusión, un peligro para la comunidad, el Estado deberá contribuir, cada vez que sea necesario, o se hará cargo en su totalidad, del tratamiento domiciliario u hospitalario, según corresponda.

A ese fin, y por intermedio de sus organismos técnicos, se proveerá de sueros, vacunas y demás productos biológicos y quimioterápicos a los médicos de todo el país o a los establecimientos asistenciales encargados de la lucha contra las enfermedades transmisibles.

Pero no debe el Estado limitarse sólo a la asistencia, tratamiento y profilaxis de las enfermedades transmisibles, sino que procederá con todos sus recursos disponibles a la realización y ampliación de los estudios e investigaciones epidemiológicas y de laboratorio sobre la evolución de estas enfermedades, tanto en los centros urbanos como en los distritos rurales, procurando, según los casos, determinar el agente etiológico, los factores con-

tribuyentes a su difusión y, asimismo, esclarecer otros puntos tendientes a simplificar y perfeccionar los métodos y procedimientos para su profilaxis.

En este sentido se llevará al Instituto Bacteriológico a la categoría de centro de investigación de elevada jerarquía.

Además, la Secretaría de Salud Pública realizará el estudio de las causas económico-sociales que inciden en el desarrollo y la propagación de las epidemias, así como sus proyecciones y su repercusión sobre la sociedad.

Ha merecido particular atención en este plan todo lo referente al control de la transmisión indirecta de las enfermedades infecto-contagiosas. Así, los portadores, los vetores y los reservorios de gérmenes, serán investigados sistemáticamente para su tratamiento o destrucción, según corresponda.

Para el diagnóstico y tratamiento de los portadores, los centros de salud y laboratorios anexos, prestarán toda la colaboración necesaria. En esta forma disminuirá la inhabilitación para el trabajo, que tanto perjudica a numerosos obreros.

Se organizará una dependencia para estudios entomológicos tendiente a conocer con exactitud en todo el país, las especies autóctonas de artrópodos que tengan relación directa o indirecta con la salud humana, tanto en su sistemática como en su biología y distribución geográfica. También se propenderá, por intermedio de este organismo técnico, a la investigación del mecanismo epidemiológico de las enfermedades transmitidas por vectores y, de acuerdo con todos estos conocimientos, se prepararán los planes profilácticos que serán aplicados.

Por su trascendencia económico-social, se contempla en este plan la recuperación de los lisiados por secuelas pos-infecciosas, mediante servicios especializados y distribución de elementos ortopédicos.

## PERFECCIONAR LAS REGLAMENTACIONES VIGENTES

Los problemas epidemiológicos que afectan a la colectividad, han dado origen a una serie de leyes sanitarias, en su mayoría dictadas con miras a combatir solamente una determinada enfermedad transmisible, que era preocupación dominante del momento. Los progresos de la ciencia y la necesidad de coordinar la aplicación de las medidas de profilaxis y de lucha, hacen urgente la revisión de la legislación en vigencia, con el fin de complementarla e introducirle las modificaciones aconsejadas por la experiencia y los conocimientos de más reciente adquisición. Ade-

más, la revisión a que se alude no puede quedar circunscripta a la simple actualización técnica de sus disposiciones, sino que debe comprender también la consideración de los recursos necesarios para su mejor cumplimiento.

## DIFUSION DE LAS TECNICAS DE VACUNACION

La Secretaría de Salud Pública difundirá las técnicas y reglamentos oficiales de vacunación y estimulará la aplicación de procedimientos similares para prevenir otras enfermedades infecciosas cuando estén abonados por sólidos fundamentos científicos. Para realizar esta obra, se recurrirá a los medios habituales de propaganda, y, en especial, a la educación sanitaria por medio de la escuela.

La dependencia técnica encargada de determinar los procedimientos más eficaces y económicos de vacunación será dotada de todos los elementos y recursos necesarios para intensificar la investigación, con miras a perfeccionar los métodos actualmente en uso y ampliar la inmuno-profilaxis a otras enfermedades.

Por último, se promoverá a la adopción de formularios uniformes en todo el país para certificar el cumplimiento de las leyes nacionales de vacunación, las cuales tendrán valor legal en toda jurisdicción. Con esto se pondrá término a la diversidad de modelos de certificados de vacunación, que entorpece el cómputo estadístico e introduce un factor de confusión por la existencia de documentos diferentes para testimoniar hechos similares.

## SERVICIO DE VACUNADORES Y VISITADORAS

Como dijimos anteriormente al hablar de la viruela, a más de cuarenta años de aplicación de la Ley 4.202, si bien se ha conseguido la desaparición de casos autóctonos, es indudable que no se ha hecho rendir a esta medida profiláctica todo el fruto que era dable esperar de la misma, por cuanto aun se mantienen zonas con un estado de receptividad altamente peligroso, que permitirá desencadenar, en un momento dado, la expansión de los pequeños brotes, a consecuencia de casos importados.

Dado estos hechos, que implican una grave responsabilidad por las consecuencias que podrían derivar de una falta de previsión en la defensa inmuno-biológica de la población, es que se dará especial impulso a este aspecto.

En lo referente a la jurisdicción provincial, en otro lugar del plan se establece la forma en que se coordinará la ejecución de esta campaña de vacuno-profilaxis, determinando los casos de intervención directa de la Nación.

En cuanto a las zonas de jurisdicción nacional, cuyas necesidades sanitarias deben ser satisfechas por la Secretaría de Sa-

lud Pública, y que representan en conjunto una superficie de 1.222.000 Km. cuadrados, con una población de 1.100.000 habitantes, son evidentes las dificultades que ofrecen para poder encarar con éxito esta empresa, su gran extensión territorial, su escasa densidad de población, el reducido número de servicios sanitarios locales y la dificultad de sus comunicaciones.

Vistas esas particularidades, no es dable contar con la posibilidad de concentrar los pobladores en puntos determinados, sino que, por el contrario, deberá llegarse al hogar de cada uno de ellos para que sea posible difundir esta acción sanitaria.

En los lugares densamente poblados deberá actuar el cuerpo de Visitadoras y Vacunadores para realizar armónicamente la acción inmuno-profiláctica. A cargo de las primeras, está la tarea de persuadir a las madres de las ventajas de la vacunación en los niños pequeños; los segundos, procederán a la vacunación en masa de la colectividad.

Se propenderá a la creación de equipos de inmunización, esencialmente móviles y con medios propios de locomoción.

Cada equipo de inmunización servirá una zona perfectamente delimitada, para cuya demarcación se han tenido en cuenta los siguientes factores: superficie, población total y por edades, densidad y distribución rural y urbana, medios de comunicación y otros factores geográficos y climatológicos. Sólo así se podrán alcanzar, en cada núcleo de población, los porcentajes globales y específicos de inmunizados por edades, que representen realmente una barrera defensiva contra la difusión de las enfermedades que se tiende a prevenir. Por ello, esta obra de profilaxis colectiva tiene que ser forzosamente intensiva y permanente en cada localidad o zona rural, para obtener índices de inmunización suficientemente elevados.

También se ha dado preferente atención a la población preescolar, que es la más difícil de alcanzar por su dispersión en los medios familiares y que representa ella sola, el 40 % del trabajo a realizar.

Otro de los aspectos importantes para el mejor cumplimiento de esta campaña es el que se refiere al Registro Nacional de Vacunados, pues, hasta la fecha, no se ha concretado la unánime aspiración de los sanitarios, de centralizar la información que permita apreciar el estado inmuno-biológico de la población.

## DISTRIBUCION Y SERVICIO GRATUITO DE VACUNACION

La Secretaría de Salud Pública elaborará y distribuirá gratuitamente a las instituciones sanitarias y a los médicos, los productos biológicos (linfas, antígenos, etc.), para la inmuno-profilaxis, sin otra obligación que la remisión de la nómina de vacunados con sus datos, en los plazos determinados en las regla-

mentaciones pertinentes. Todo ello sin perjuicio de establecer servicios gratuitos de las distintas vacunaciones en todo el territorio de la República.

VIRUELA. — La ley 4.202 de vacunación obligatoria data de 1903. Necesita una completa y urgente revisión, que le dé carácter nacional y una obligatoriedad efectiva, para poder así desterrar definitivamente del país esta enfermedad.

La vacunación y revacunación total de la población, sin límites de edad, deberá cumplirse en breve plazo y la presentación del certificado de vacunación será obligatorio para la gran mayoría de los actos civiles, de acuerdo con la reglamentación que a ese efecto se dicte.

La provisión de la linfa vaccinal se hará gratuitamente por el Estado, a cuyo efecto se promoverá la ampliación de laboratorios de producción y el establecimiento de otros en la zona norte del país.

La adquisición de dispositivos para la conservación en hielo seco de la linfa vaccinal, a temperaturas inferiores al punto de congelación, hasta el momento de su uso, permitirá una gran economía de linfas y un mejor resultado en su aplicación.

La vacunación antivariólica forma parte del plan de campaña nacional de vacuno-profilaxis descripto anteriormente, y donde se contempla más detalladamente el criterio de vacunación domiciliaria, sistemática y permanente.

## ENFERMEDADES DE ORIGEN ACUOSO

### FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEAS, DISENTERIA BACILAR, ETC.

En otras partes del Plan Quinquenal, al estudiar el programa de obras públicas, se contemplan con todo detalle la construcción de redes cloacales y el abasto público de agua en toda la República.

Estas dos orientaciones sanitarias significarán para el país la disminución de las endemias de origen acuoso a cifras mínimas.

Las otras medidas profilácticas que deberán ser abordadas en gran escala son:

*a)* Pasteurización y provisión de leche y lacticinios en correctas condiciones higiénicas;
*b)* Vigilancia de los alimentos y de las prácticas utilizadas en su manejo;
*c)* Destrucción sistemática de los criaderos de moscas;
*d)* Recolección, incineración de residuos, de acuerdo a los métodos más modernos;
*e)* Vacunación de expuestos o de pobladores de zonas endémicas de fiebres hídricas;

*f)* Búsqueda, vigilancia y tratamiento de portadores y exclusión de los mismos en la manipulación de alimentos;
*g)* Aislamiento de los enfermos en habitaciones a prueba de moscas y de preferencia en medios hospitalarios;
*h)* Desinfección concurrente de los excrementos humanos y de objetos contaminados.

*Difteria.*

Desde la promulgación de la ley de vacunación obligatoria en 1941, la morbi-mortalidad ha disminuído en los centros donde esa vacunación se ha hecho en forma efectiva y sostenida, tal el caso de la ciudad de Buenos Aires, cuya mortalidad por difteria que era del 6,80 a 7 por mil, ha descendido a cifras aproximadas al dos y medio por mil. No obstante, a pesar de esta disminución, no se justifica una sola muerte por esta enfermedad y en la ejecución de este Plan Quinquenal se promoverá la vacunación desde los nueve meses, época en que el niño es susceptible a la infección diftérica, en forma sistemática, sostenida y permanente.

Son los niños en edad pre-escolar los que mantienen los índices de morbi-mortalidad por difteria, ya que los que concurren a establecimientos educacionales son vacunados en su totalidad. Por lo tanto, podrá llevarse los beneficios de la vacunación a aquel sector de población. La vacunación del niño en edad preescolar tropieza con el gran inconveniente que representa el temor de los padres hacia esta forma de profilaxis, pues consideran que ella puede ser nociva para la salud de los pequeños niños. Por ello debe realizarse, previamente, una intensa campaña de educación sanitaria, de tal modo que los niños sean sometidos a la vacunación, más por la persuasión que por imposición legal.

*Coqueluche.*

No estando suficientemente demostrada la efectividad de la inmunización activa contra esta enfermedad como para promover su obligatoriedad, se intensificará la vacunación optativa toda vez que, según la experiencia recogida en otros países, los resultados de la misma son halagadores.

*Enfermedad de Chagas.*

El incremento de esta enfermedad, que se ha notado en el interior de nuestro país, obedece a las lamentables condiciones de vida de importantes sectores de la población.

La vinchuca, insecto vector de la enfermedad de Chagas, se alberga en los ranchos de adobe y en los techos agrietados de las casas viejas e insalubres.

Este grave problema tendrá rápida solución con la construcción de casas higiénicas, tal como se contempla en el capítulo pertinente de este plan.

Mientras tanto la distribución de mosquiteros y, sobre todo, la educación sanitaria de los pobladores de las zonas endémicas y la lucha con insecticidas adecuados contra las vinchucas, impedirá el progreso de la enfermedad.

## FUNDAMENTOS PARA EL DESARROLLO DEL PLAN

Como se ha expresado, el plan comprende:

1.º—La dotación adecuada de diversas dependencias ya existentes que, por distintas causas, presentan deficiencias que les impide desarrollar en toda su amplitud la misión que les fuera asignada;

2.º La ampliación de servicios, haciéndolos extensivos a todo el territorio del país;

3.º La creación de nuevos servicios de impostergable necesidad, y

4.º La coordinación de los recursos nacionales, provinciales y comunales en forma de obtener los mejores resultados de la manera más económica.

### A) ORGANIZACIÓN DEFINITIVA DE LA DENUNCIA OBLIGATORIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Para ello se requiere:

*a)* Dotar a la actual Oficina Central de Estadística Epidemiológica de locales apropiados, equipos mecánicos para compilación, clasificación, tabulación, etc., y personal especializado;

*b)* Tipificación de formularios, adoptando modelos uniformes para todo el país;

*c)* Adopción de una nomenclatura uniforme;

*d)* Coordinar con las provincias la remisión de los datos de la morbilidad infecciosa. Esa coordinación será orientada también para que la Oficina Central de Estadística Epidemiológica sea notificada en forma inmediata de todos los decesos ocurridos por enfermedades infecto-contagiosas;

*e)* Organizar la Oficina de Investigaciones Estadístico-Epidemiológicas que, requiriendo una reducidísima erogación, aportará indudables beneficios.

### B) AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE INMUNO-PROFILAXIS

Es de imperiosa necesidad extender los servicios de inmuno-profilaxis a todo el territorio, tendiendo a facilitar el cumplimiento de las leyes de vacunación obligatoria (antivariólica y antidiftérica).

Asimismo, es urgente realizar la vacunación y revacunación anti-tifóidica a los pobladores de toda la zona en donde se hayan registrado casos de enfermedades transmisibles de origen acuoso y donde no se cuente con servicios para el abastecimiento de agua y leche higiénica y tratamiento de aguas servidas y residuos.

Para ello se requiere:

*a)* Dotar a los servicios existentes de medios propios de movilidad;

*b)* Designar personal capacitado y suficiente y, en especial, vacunadores y visitadoras;

*c)* Concertar convenios con las municipalidades, promoviendo la habilitación de servicios que tengan a su cargo la vacunación de niños en edad pre-escolar;

*d)* Realizar una campaña intensiva y permanente de propaganda y educación sanitaria, dirigida a los médicos y familias, para lo cual se utilizarán todos los medios posibles, incluyendo las visitas a domicilio por personal especializado.

### C) HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE AUXILIO Y ASESORAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO

Hasta el presente, cada vez que se ha producido un brote epidémico que requería el envío de personal técnico para organizar y dirigir las medidas de lucha, ha debido sustraérselo de sus funciones específicas.

Asimismo, los elementos sanitarios debieron ser adquiridos, en cada caso, una vez producido el brote, retardando lamentablemente la acción a desarrollar.

Esto requiere:

*a)* Designar personal especializado para los distintos servicios (parálisis infantil, enfermedades de origen acuoso);

*b)* Adquirir elementos sanitarios, organizando equipos con medios propios de movilidad;

*c)* Habilitar laboratorios rodantes para diagnósticos bacteriológicos.

### D) PROYECTO Y ORGANIZACION DEL LABORATORIO DE VACUNA EN EL NORTE

La totalidad de los brotes epidémicos de viruela registrados en el país en los últimos años, ha tenido origen en el exterior, y en la mayoría de los casos, ha causado víctimas en la zona norte del territorio.

El transporte de la linfa a una región, presenta dificultades por razones de orden técnico (temperatura, etc.) y requiere la utilización de aviones en los casos de emergencia.

Los gastos así ocasionados, serán reducidos con la colaboración del material vacunante en la zona de utilización, lo que permitirá compensar la erogación necesaria para organizar y mantener un nuevo laboratorio.

El hecho de que en esa zona se construirán otros servicios especializados de laboratorio (Instituto Nacional de Patología Tropical, etc.), que funcionarán en forma coordinada, reduciendo los gastos generales y dado también que el aumento de población hace insuficientes las instalaciones del Conservatorio de vacuna establecido en 1871, nos permite justificar ampliamente el carácter de urgente que se ha dado a esta obra.

### E) CONSTRUCCIÓN DE PABELLONES PARA INTERNACIÓN DE ENFERMOS CONTAGIOSOS

Se estima conveniente la construcción de hospitales para enfermos infecto-contagiosos y su aislamiento en las ciudades importantes. En cambio, en los núcleos dispersos y poblaciones de menor categoría, se auspicia el anexo de pabellones destinados a tal fin, con la consiguiente economía que ello representa en todos los establecimientos existentes o a crearse en la Secretaría de Salud Pública.

### F) LABORATORIOS REGIONALES

El diagnóstico precoz y preciso de ciertas enfermedades de carácter epidémico requiere en más de una oportunidad la confirmación por el laboratorio. El envío de material a larga distancia del foco epidémico significa pérdida de tiempo y en algunos casos la destrucción del material. La vigilancia de focos epidémicos debe ser labor coordinada y urgente dada la trascendencia del problema.

El estudio de la ubicación estratégica de laboratorios que faciliten el diagnóstico biológico de las enfermedades transmisibles, debe encararse a la brevedad, sin perjuicio de su instalación y funcionamiento inmediato en locales provisorios.

Por de pronto, todos los laboratorios existentes en los establecimientos asistenciales de la Secretaría de Salud Pública, serán dotados del personal y de los elementos necesarios para que su labor rutinaria actual se extienda a las finalidades profilácticas de la zona de influencia.

Además, con la colaboración del Servicio Social efectuarán la investigación de portadores de gérmenes para proceder a su esterilización en los casos en que ello sea factible.

## ORDEN DE PRELACION

### 1.º AÑO: 1947

1.º Revisión, perfeccionamiento y adaptación de las disposiciones legales sobre inmunización activa, actualmente en vigencia: *Ley 4202* de vacunación y revacunación antivariólica obligatoria. *Ley N°*. 12670, de vacunación y revacunación antidiftérica obligatoria.

*Decreto N.º 15039/449,* sobre vacunación antitifoídica.

2.º Perfeccionamiento de la vacuno-profilaxis y extensión a otras enfermedades trasmisibles y epidémicas (coqueluche, gripe, etc.), por vacunaciones de carácter optativo y gratuito.

3.º Difusión de las técnicas de vacunación mediante la redacción, impresión y distribución de instrucciones pertinentes sobre los procedimientos y métodos más eficaces y económicos que serán estudiados en forma permanente

4.º Distribución gratuita a todas las instituciones sanitarias y a los médicos de productos vacunantes (linfas, antígenos, etc.), acrecentándose su elaboración.

5.º Planificación del Lobaratorio de Vacuna del Norte, anexo al Instituto Nacional de Patología Tropical.

6.º Uniformación de modelos de certificados de vacunación y de los formularios de planillas de vacunados y organización del Registro Nacional de Vacunados.

7.º Realización del Nuevo Plan General de Inmunización activa e intensiva de la población, en los territorios de jurisdicción federal, por la organización de equipos móviles de inmunización.

8.º Aplicación efectiva de la Ley N.º 12317, de Denuncia Obligatoria de las Enfermedades Contagiosas o Trasmisibles, información periódica de las estadísticas de la morbilidad infecciosa y confección del Mapa Epidemiológico

9.º Plan de reorganización de la actual Oficina Central de Estadística Epidemiológica, dotándola de locales apropiados, de equipos mecánicos para compilación, clasificación, tabulación, etc., y de personal especializado.

10. Estudio de la tipificación de formularios para notificación de las enfermedades trasmisibles, impresión y distribución a todo el país. Impresion y distribución de la nomenclatura de morbilidad de uso internacional.

11. Habilitación de servicios para auxilio y asesoramiento epidemiológico, creación de brigadas de lucha contra las

epidemias, dotadas de personal de epidemiólogos, laboratoristas y auxiliares sanitarios, de laboratorios portátiles de campaña para diagnóstico bacteriológico y de los medios de traslación necesarios.

12. Planificación de servicios para enfermos infecto-contagiosos en todos los hospitales regionales donde no existan, y celebración de convenios con las provincias para que ellas, a su vez, los habiliten en sus establecimientos asistenciales.
13. Ampliación del Servicio de vacunadores para todo el territorio de la Nación.
14. Creación del Servicio de visitadoras de higiene para el contralor y educación sanitaria de la población propendiendo a que en el futuro puedan colaborar en las vacunaciones.
15. Organización de la búsqueda de portadores sanos por intermedio del Servicio de visitadoras, en combinación con los laboratorios que se crearán en el país.
16. Vigilancia de estos portadores en enfermedades como la tifoidea, donde el portador puede ser intermitente, con el peligro que ello representa en los casos en que se manipule artículos alimenticios.
17. Organización de servicios de despiojamiento en los pasos fronterizos.

## 2.º año: 1948

1.º Ampliación y dotación convenientes de los laboratorios de la Secretaría de Salud Pública y designación del personal necesario para extender su actividad rutinaria a las finalidades prolácticas de su zona de influencia.

2º. Planificación de laboratorios bacteriológicos regionales para investigación y diagnóstico biológico de las enfermedades trasmisibles.

3.º Construcción de pabellones o servicios para aislamiento y hospitalización de enfermos infecto-contagiosos anexos a establecimientos de la Secretaría de Salud Pública existentes o a crearse.

4.º Si de acuerdo con los convenios efectuados durante 1947, las provincias crean sus servicios de aislamiento, la Secretaría de Salud Pública les facilitará los elementos complementarios para su mejor funcionamiento. Las provincias que carezcan de recursos para estas creaciones, serán subvencionadas por la Secretaría de Salud Pública a efecto de su realización.

5.° Construcción y dotación del Laboratorio de Vacuna del Norte.

6.° Habilitación y funcionamiento de la Oficina Central de Estadística Epidemiológica.

7.° Funcionamiento del Servicio de visitadoras para todo el territorio de la Nación, de acuerdo a la orientación establecida en el desarrollo del plan en 1947 (16-17).

3.° AÑO: 1949

1.° Habilitación y funcionamiento de los pabellones o servicios para infecto-contagiosos.

2.° Habilitación y funcionamiento del Laboratorio de Vacuna del Norte.

3.° Estudio de la organización de un servicio nacional de entomología.

4°. Extensión del Plan General de Inmunización Activa a todo el país, mediante convenios con las provincias.

5.° Ampliación de los servicios y los medios para intensificar la investigación científica; organización de un instituto para el estudio de enfermedades a virus.

4.° AÑO: 1950

1.° Producción y distribución de preparados antibióticos: penicilina, etc.

2.° Aumento de la producción y distribución gratuita de sueros, vacunas y de otros preparados biológicos para tratamiento y diagnóstico de laboratorio de las enfermedades trasmisibles.

3.° Viajes de estudio al extranjero del personal técnico para su perfeccionamiento o especialización; contratación de expertos extranjeros.

4.° Habilitación del Servicio Nacional de Entomología, y formación de entomólogos regionales.

5.° Construcción del Instituto de enfermedades a virus.

5.° AÑO: 1951

1.° Modernización y perfeccionamiento de todos los servicios existentes e intensificación de las actividades iniciadas en los cuatro primeros años.

2°. Funcionamiento en todo el territorio de la Nación del Servicio Social de vacunación y prevención de enfermedades infecciosas.

3.° La vacunación y profilaxis de las enfermedades epidémicas debe ser extendida a todo el país.
4.° Reducción al mínimo de la morbimortalidad por enfermedades infecciosas.

## PARALISIS INFANTIL

*Evitar la propagación de la enfermedad. — Prevenir el remanente de lisiados y recuperar para la vida social a los paralíticos*

La parálisis infantil (enfermedad de Heine-Medín), es una afección temible por sus características endemo-epidemiológicas y por el alto porcentaje de incapacitados que produce. Afección que, aun cuando puede aparecer en el adulto, ataca con predilección al niño, sobre todo entre los 2 y 6 años de edad.

El gobierno entiende que es su deber proteger su territorio contra las epidemias de parálisis infantil y proteger, también, individualmente, a los sujetos atacados, proporcionándoles instrucción y trabajo adecuados para que puedan llevar una vida digna entre sus semejantes.

Por estas razones, y teniendo en cuenta que entre nosotros nada se ha hecho aún, desde el punto de vista nacional para realizar aquellos fines, obra que existe ya en la mayoría de los países civilizados, es que ha decidido crear el Centro de la Parálisis Infantil, organismo que dirigirá la lucha profiláctica, curativa y social contra esta enfermedad en todo el territorio de la República.

La parálisis infantil viene azotando nuestro país desde el año 1906, con epidemias cada vez más extensas y graves, caracteres éstos que se han hecho ya evidentes e imposibles de disimular en los brotes anteriores y posteriores al año 1936. En efecto, si observamos la evolución de estos empujes epidémicos, veremos que en el período de 26 años, comprendidos entre 1906 y 1932, se produjeron solamente 2680 casos. En cambio, en los 10 años que transcurren entre 1932 y 1942, hubo ya 2425 atacados y, por último, en un solo año, entre 1942 y 1943, la cifra de éstos llegó a 2280.

Esta agravación progresiva de las epidemias de Heine-Medín, que es, por otra parte, una de las características de la enfermedad, se repite en todos los países que han sido atacados: Suecia, Inglaterra, Francia, América del Norte, Alemania, Noruega, etc., etc. Ella es, sobre todo, evidente en aquellos países que, como el nuestro, están destinados por su situación geográfica y sus condiciones meteoro-climáticas a ser severamente castigados por el flagelo. En efecto; los estudios que los distintos autores han realizado sobre las características evolutivas de las epidemias de la enfermedad de Heine-Medín en distintas partes del mundo, han permitido a eminentes epidemiólogos pronosticar que la República Argentina está destinada, por sus condiciones climáticas, a ser

entre los países sudamericanos, el más atacado por aquella enfermedad. Dicho pronóstico viene, desgraciadamente, cumpliéndose desde hace algunos años.

No menos de 10.000 niños lisiados por la parálisis infantil en nuestro territorio, esperan la acción oficial que mejore sus vidas sin esperanza. Y aun cuando no es posible desconocer la meritoria actuación que han tenido en este sentido algunos de nuestros organismos sanitarios como la Sociedad de Beneficencia, Hospitales Municipales de la Capital Federal, así como también algunas organizaciones de carácter particular, como la «Fundación Fitte», de reciente creación, debemos confesar que, desgraciadamente, nuestro país se encuentra indefenso en este sentido, y carece de un organismo nacional que enfoque y dirija la lucha en forma integral contra tan terrible enfermedad. Este organismo ha sido, sin embargo, insistentemente reclamado desde hace más de 10 años por destacados médicos de nuestro país, sin que hasta el presente se haya hecho nada en tal sentido.

*Las funciones del Centro Nacional de la Parálisis Infantil serán las siguientes:*

1.° Censar los enfermos atacados en nuestro país.

2.° Organizar la protección médica y social de estos enfermos: corrección de las secuelas, instrucción y ubicación de los enfermos en cargos o empleos adecuados.

3.° Proyectar un plan de defensa del país contra los brotes epidémicos, que, desgraciadamente, no han de tardar en presentarse.

4.° Preparar una plan asistencial para los enfermos en períodos sub-agudos y crónicos de la enfermedad: centros quirúrgicos, ortopédicos y de reeducación, escalonados en todo el país.

5°. Organizar la distribución de subsidios para instituciones nacionales, provinciales o aun particulares que se ocupen de la lucha contra la parálisis infantil.

6°. Realizar estudios bio-estadísticos sobre la afección en el país.

7°. Realizar estudios sobre los problemas etiopatogénicos y epidemiológicos más importantes que la enfermedad presenta entre nosotros.

8.° Adoptar, con criterio práctico, todos los descubrimientos y adelantos que en la actualidad se están aplicando en la parálisis infantil en distintos países del mundo, y que son la obra de estudios y experiencias costosas que aquí no estamos aún en condiciones de emprender, ni sería de beneficio su reedición.

Como la parálisis infantil ataca con preferencia a los niños en edad pre-escolar y escolar, sus epidemias están íntimamente vinculadas con los problemas de la higiene y de la medicina escolares. Por esta razón, dicho centro actuará en íntima colaboración con la Dirección de Higiene y Medicina Escolar, en forma de poder aplicar por intermedio de ésta, las normas y reglamentaciones útiles para combatir la enfermedad en aquellas colectividades.

ASISTENCIA, REEDUCACION, REHABILITACION

El niño atacado por la forma grave de la parálisis infantil queda, en la mayoría de los casos, con lesiones irreparables en su sistema neuro-muscular. Es sobre todo su deambulación, la función más frecuentemente alterada. Por el contrario, sus facultades mentales rara vez son afectadas, siendo común observar que estos niños inmovilizados en su lecho sean, tal vez por un fenómeno de compensación, particularmente dotados desde el punto de vista intelectual.

La educación e instrucción de estos niños es imposible hacer en las escuelas comunes, razón por la cual se convierten poco a poco en retardados pedagógicos, incapaces de luchar por la vida y, por lo tanto, de ganarse dignamente el sustento. Cuando se trata de niños de la clase pudiente, su educación, por costosa que sea, se realiza en forma individual, obteniendo con ella el desenvolvimiento más o menos normal de sus capacidades intelectuales y artísticas. En cambio, el niño pobre, vegeta durante largos años en las «salas de crónicos» de los hospitales, sin poder adquirir ningún conocimiento que le sea útil más adelante, hasta que las autoridades del nosocomio se ven obligadas a darle de alta, para que ocupe su lugar un nuevo enfermo. En estas condiciones, el niño no tiene otro porvenir que la vagancia y la mendicidad. Su problema sobrepasa las posibilidades de la familia necesitada que no dispone de los medios necesarios para la atención cuidadosa que necesitan estos niños, que deben ser vestidos, lavados, y a los cuales muchas veces es indispensable administrarles el alimento en la misma boca. Después de algún tiempo, estos niños son poco a poco abandonados por sus mismos familiares, y quedan solos en el hogar, sin ninguna ayuda.

Este drama social del niño con parálisis infantil ha venido preocupando seriamente a los gobiernos de los distintos países que son visitados por sus epidemias o en los que aquella enfermedad es endémica. Se han creado, con un sentimiento humano, organizaciones de carácter particular y nacional, para encarar de frente este problema. Dichas organizaciones han alcanzado gran desarrollo y alto pestigio, sobre todo en los EE. UU. de Norte América, merced a la acción tenaz del ex presidente Roosevelt, quien, atacado también por la enfermedad, sufrió en carne pro-

pia las terribles consecuencias del mal. La «Fundación contra la Parálisis Infantil» en aquel país realiza una obra de vastas proporciones en la esfera educativa y de recuperación del niño lisiado. Como ejemplo de la magnitud y poderío de aquélla, recordaremos que, solamente en el año 1944, recolectó la suma de 5.000.000 de dólares que fueron empleados casi totalmente, durante el año, en obras y estudios destinados a la profilaxis y tratamiento de la enfermedad y recuperación de los lisiados.

Entre nosotros, muy poco se ha hecho aún para remediar la situación del niño con parálisis infantil. Es, sin embargo, justo reconocer que hace más de 2 años la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal ha entablado convenios con el Consejo Nacional de Educación en este sentido y que, actualmente, los niños internados con parálisis infantil en los nosocomios que dirige esta sociedad, reciben educación e instrucción por intermedio de maestras destacadas por aquel organismo.

Es necesario organizar y extender esta obra educativa del lisiado a todo el país. El Ministerio de Educación deberá crear cuerpos especiales de maestros para que, en forma regular y metódica, concurran al centro donde se asistan estos niños y puedan desarrollar en ellos el ciclo de la educación común o de una instrucción especializada que los capacite en el más breve lapso posible para que puedan subvenir a sus necesidades. Al mismo tiempo que el médico y el ortopedista tratan de readaptar sus miembros paralíticos para conseguir en ellos la deambulación o por lo menos su movilización, el maestro cultivará el intelecto y el espíritu de estos niños que, abandonados a sus solas fuerzas, no tardan en caer en la depresión y en el aislamiento moral.

La reeducación y rehabilitación del niño con parálisis infantil debe ser una organización nacional que funcione con la independencia y elasticidad necesaria en todo el territorio de la República.

Conjuntamente, la Sanidad Nacional se ocupará de reunir estos niños en centros médicos asistenciales, en forma tal, que las tareas de las autoridades educacionales, en vez de dispersarse, se concentren en verdaderas escuelas o centros en que los niños enfermos se encuentren reunidos.

Esta obra educativa ha de tener no sólo un carácter teórico sino que ha de obtener resultados prácticos, para el niño lisiado y su porvenir. Nuestro gobierno procurará que los enfermos pobres adquieran un oficio adecuado para que, una vez terminados sus estudios, puedan ser, de inmediato, empleados en cargos públicos o privados, en las ciudades o en la campaña, en donde se les reservarán con carácter absolutamente preferencial, todas aquellas funciones que puedan desempeñar estos niños incapacitados para la marcha o imposibilitados de realizar movimientos de sus brazos y sus manos.

Esta es la única forma de hacer desaparecer para siempre el espectro de la miseria y de la desolación en estos seres castigados tan injustamente por la enfermedad.

SUBSIDIOS

El gobierno federal, al determinar la financiación de la lucha contra la parálisis infantil, tratará de obtener resultados prácticos e inmediatos, para lo cual, al mismo tiempo que se preocupa de crear hospitales, clínicas y centros de salud para estos enfermos, apoyará, por intermedio de subsidios, todas las obras existentes en el país, nacionales, provinciales o particulares que se ocupen de este problema. En esta forma se prestará ayuda de inmediato para mantener y mejorar los servicios existentes de asistencia en todos los hospitales. Se elevará su categoría, organizando en ellos los servicios preventivos y de asistencia social que sean necesarios. Se formarán así centros que irradiarán su acción hasta las regiones limítrofes con otros de funciones semejantes. Estos centros coordinarán su acción con las poblaciones castigadas por el mal y colaborarán con las asociaciones de beneficencia públicas o privadas, interesando así a la sociedad y al pueblo para que haga obra propia en la lucha contra el mal. Se ayudará a la creación de institutos de trabajadores y trabajadoras sociales que, en forma desinteresada, quieran dedicarse a esas tareas. En síntesis, el gobierno ayudará, con el subsidio nacional, a toda obra existente que pueda y quiera luchar en esta cruzada. Más tarde se realizará la fusión o transformación de estos organismos en instituciones oficiales, para que ellas puedan producir un rendimiento mayor.

La ayuda y el subsidio del gobierno alcanzarán también a aquellos niños que, gravemente atacados, estén imposibilitados para siempre de desarrollar cualquier trabajo o actividad productivas. Dicha ayuda será de beneficiosos resultados para las familias pobres en las que una boca más para alimentar representa un problema insoluble.

HOSPITALES - CLINICAS ESPECIALES

La creación de hospitales y centros de salud, especializados para la lucha contra la parálisis infantil, con ser de indiscutibles ventajas, no representan en el momento actual el ideal de una acción eficiente. El gobierno considera que, siendo características de la enfermedad el ser poco o nada contagiosa, después que aparecen los síntomas de parálisis, estos enfermos pueden ser internados con mayor ventaja en servicios especiales ubicados en cualquier hospital.

Dejando para más adelante la instalación de un Instituto Modelo en la Capital Federal, con reproducciones semejantes aunque menores, en las restantes grandes capitales, es más ventajoso por el momento crear un Centro Organizador de todas las actividades de la lucha contra la parálisis infantil, para todo el país. El organizará la profilaxis y la asistencia médico-social en forma ecuánime, para que se puedan beneficiar tanto las provincias como los territorios nacionales, evitando así el éxodo de los enfermos que, en procura de aquella ayuda, convergen todos a la Capital Federal, haciendo así imposible su tratamiento y su educación.

Los hospitales y centros de salud para la parálisis infantil deberán tener características arquitectónicas un poco especiales, que los hagan aptos para albergar estos tipos de enfermos que, como ya hemos dicho más arriba, deben ser asistidos y reeducados orgánica e intelectualmentte. Estos establecimientos deberán contar con salas especiales para reducido número de camas, que puedan evitar por medio de boxes los intercontagios de las enfermedades infecto-contagiosas, de las enfermedades de la piel, etc. Deberán tener comodidades para el tratamiento de las formas agudas de la enfermedad, así como también para las formas sub-agudas y crónicas. Contarán con locales para la reeducación, masoterapia, piletas para natación, salas de cirugía ortopédica, fabricación de elementos y aparatos ortopédicos, etc.

Estas salas de parálisis infantil serán construídas y equipadas en forma tal, que ellas puedan ser utilizadas para otros fines en los intervalos de las epidemias. Debe proyectarse también la construcción eventual y rápida de salas-galpones, especie de servicios auxiliares de urgencia, para albergar los enfermos agudos durante los brotes epidémicos de la afección. En esta forma no será necesario desalojar a las personas afectadas con otro tipo de enfermedad, como ha sucedido siempre que una epidemia ha tomado caracteres alarmantes en cualquier ciudad.

Siendo, en general, los brotes epidémicos de parálisis infantil de una duración casi nunca mayor de 3 ó 4 meses, se tendrán en cuenta estas circunstancias para la construcción de los pabellones de urgencia, en forma de hacerlos de un tipo económico y de limitada duración.

La iniciación de esta enfermedad presenta los caracteres comunes de las otras enfermedades infecto-contagiosas. Por lo tanto, estos servicios para enfermos agudos, deberán ser dirigidos por clínicos especializados en aquellas enfermedades y, particularmente, por clínicos pediátricos. En cambio, los servicios para los enfermos sub-agudos y crónicos deberán ser dirigidos por cirujanos y ortopedistas.

### CLINICAS ESPECIALES

Así como es aconsejable el proyectar la construcción para más adelante de hospitales especiales para enfermos con parálisis infantil, será también provechosa la fundación de clínicas especiales basadas, sobre todo, en el servicio externo: consultorios, médicos a domicilio y servicio social. Estas clínicas, que se formarán con poco costo, serán de un gran rendimiento para la atención de la población en los períodos culminantes de las epidemias. Ellas podrán también ser transformadas eventualmente en centros de estudio, de investigación y aun de experimentación.

### FORMACION DE REEDUCADORES

Una de las primeras preocupaciones del Centro de Parálisis Infantil ha de ser la formación de reeducadores especializados en calidad y número suficientes para que puedan socorrer en casos de urgencia a las poblaciones necesitadas. Estos reeducadores deberán ser diplomados y especializados en su arte, en el seno de las Facultades de Ciencias Médicas por intermedio de la Cátedra de Kinesiología. Eventualmente y mientras se procure la formación de estos profesionales, podrán habilitarse, mediante pruebas especiales, a las personas que, por lo menos con el título de enfermeras, se hayan dedicado durante largos años a la reeducación de los niños con parálisis infantil, bajo la dirección de ortopedistas o kinesiólogos reconocidos. Más adelante, el título universitario de reeducador, así como la práctica en los servicios hospitalarios de la especialidad, serán necesarios para el desempeño de estas funciones.

### PROTESIS - ORTOPEDIA

La formación de médicos especializados (cirujanos, ortopedistas, etc.,) es de urgencia en nuestro país. Sólo los grandes centros: Buenos Aires, Córdoba, Rosario, Mendoza, etc., cuentan con técnicos de esta especialidad. El resto de los hospitales de provincias y territorios carece de ellos.

La formación de ortopedistas y su distribución adecuada en Hospitales y Centros Sanitarios de la República es de urgente necesidad. En el curso de algunas de las últimas epidemias de parálisis infantil (1936-1942), se ha podido observar el hecho lamentable de que, aun en los hospitales de las grandes ciudades, no existían cirujanos especializados en ortopedia que pudieran socorrer y dirigir el tratamiento de estos enfermos en su período de cronicidad. Es por estas razones que todos ellos, pobres y ricos, trataban en toda forma de venir a la Capital Federal, creando en ésta problemas hospitalarios sin solución.

El Instituto de Parálisis Infantil se preocupará de seleccionar cirujanos jóvenes que se hayan dedicado a la ortopedia, para

ubicarlos en centros estratégicos de la República, a fin de que, desde allí, dirijan y enseñen el tratamiento de los enfermos de la zona correspondiente.

Otra de las preocupaciones de carácter urgente que debe abordar este organismo es la fabricación, en cantidad suficiente y a precios moderados, de aparatos indispensables para el tratamiento de las deformidades consecutivas a la parálisis. Muy pocos son los técnicos capaces de desempeñarse correctamente en esta función en nuestro país. Eventualmente podría ser necesario contratar algunos de ellos del extranjero.

### CENSO DE ENFERMOS Y LISIADOS POR LA PARALISIS INFANTIL

No existe en la actualidad un censo de estos enfermos. Muy difícil ha sido para los autores que se han ocupado de la historia de esta enfermedad en nuestro país, rastrear la ubicación y el número de aquéllos. De acuerdo a estos trabajos y a las informaciones que reunió la Comisión de la Parálisis Infantil, formada en el año 1942 por el ex Departamento Nacional de Higiene, se podría calcular el número de estos enfermos en una cifra no inferior a 10.000. Es necesario ubicarlos para que el Estado pueda prestarles asistencia y ayuda. Es, sobre todo, urgente censar los enfermos pobres, los que verdaderamente necesitan de ayuda. Esta tarea no será difícil, ya que este tipo de enfermos responderá rápidamente al llamado de los poderes públicos, dada la situación pecuniaria en que se encuentran.

*Ubicación en el país.* Por las causas que hemos explicado anteriormente, la mayoría de estos lisiados se encuentra en la capital y provincia de Buenos Aires. Muchos de ellos residen también en las provincias de Santa Fe, Córdoba, Tucumán y Gobernación de Misiones. Estas han sido, por otra parte, las poblaciones más afectadas por las últimas epidemias.

*A cargo del Estado.* La mayoría de estos enfermos pasarán, seguramente, a depender del Estado, en lo que se refiere a su asistencia. Aun cuando la parálisis infantil no es una enfermedad que ataque con mayor frecuencia a las clases necesitadas, es indudable que éstas, por su forma de vivir, el ambiente, la constitución y la alimentación carenciada, atraen hacia ellas las formas más graves y mutilantes de la enfermedad.

*A cargo de la familia.* En las familias acomodadas, estos niños enfermos están en general suficientemente protegidos. Médicos, abogados, músicos, escritores, etc., se ven entre estos enfermos. La tarea futura del Estado ha de ser, sin embargo, de importancia; también a ellos se procurará reunirlos, guiarlos en su educación y, por intermedio de los Institutos Vocacionales, canalizar sus actividades futuras en la forma más provechosa. Muchos de estos enfermos constituirán elementos vocacionales de

gran importancia en la lucha contra la enfermedad que a ellos mismos ha castigado. Con la propia experiencia, ellos muestran gran tendencia a enrolarse en los organismos de asistencia del niño paralítico.

### INVESTIGACIONES

El Centro de la Parálisis Infantil organizará de inmediato un centro de Estudios e Investigaciones. De carácter modesto al principio, irá adquiriendo mayor importancia con los años para tratar, en un tiempo relativamente breve, de enfocar el problema científico de la enfermedad en una forma integral. Muy limitados son nuestros conocimientos respecto a esta enfermedad, sobre todo, en lo que se refiere a su patogenia y modos de transmisión. Es necesario formar personal médico competente que se dedique a estos estudios.

*Aprovechamiento de los descubrimientos extranjeros*: Los estudios sobre la etiopatogenia y el tratamiento de la enfermedad de Heine-Medín son aún de un costo muy elevado. Enfermedad que es sólo fácilmente transmisible a ciertas especies de monos y uno que otro roedor, exige instalaciones costosas que nosotros no debemos organizar por el momento. Otros países han dedicado en estos últimos años grandes esfuerzos y capitales para resolverlos. Lo más práctico es, pues, que aprovechemos debidamente aquellas investigaciones y podamos así dedicarnos de lleno a la lucha práctica contra la enfermedad, dejando para más adelante la formación de centros de investigaciones especializados. Por el momento es tarea más conveniente contratar técnicos extranjeros especializados, para que inicien aquí las primeras investigaciones de carácter local sobre cepas de virus, experimentación, etc.

### BECARIOS

Es necesario enviar al extranjero a un grupo de nuestros médicos para que perfeccionen allí sus estudios sobre la enfermedad. Ellos serán el plantel que ha de formar más adelante escuelas e institutos especiales para el estudio teórico y práctico de los diversos problemas concernientes a esta afección.

Se enviarán dos tipos de médicos becarios: el primero, estará formado por profesionales de actuación destacada, los cuales, después de una estada de corta duración, nos traerán del extranjero los últimos adelantos tecnológicos, al mismo tiempo que enriquecerán sus conocimientos al lado de los grandes maestros que, en el momento actual, se destacan en los países en donde la parálisis infantil es más frecuente.

El segundo tipo de becarios estará formado por médicos jóvenes que hayan mostrado dedicación en el estudio de esta enfermedad, los cuales serán mandados al extranjero por períodos

no menores de uno a dos años, ubicándolos en centros de estudios pre-seleccionados y determinando, en muchos casos, el tipo de investigaciones que han de realizar. Estos médicos becarios deberán ser, al mismo tiempo, vigilados y ayudados en forma amplia para que puedan vivir con cierta holgura en el extranjero y realizar sus estudios y adquisición de conocimientos sin estrecheces que los limiten. La sección becarios mantendrá una relación constante con estos técnicos, mientras dure su permanencia en el extranjero y los pondrá en contacto con los becarios de la primera categoría, así como también con las autoridades diplomáticas de nuestro país en esos lugares. Los becarios podrán seleccionarse, al comienzo, entre los trabajadores más entusiastas, pero más adelante será imprescindible someterlos a un concurso previo. Celebrarán contrato con el gobierno por algunos años, con obligación de dedicarse a estas actividades en nuestro país.

### DE LAS CAUSAS

El agente causal de la parálisis es un ultravirus, de los más pequeños que se conocen (diez micro-micrones). Inoculable en ciertas razas de monos, se ha podido también últimamente reproducir la enfermedad en la rata del algodonero. Es una enfermedad que produce una fuerte inmunidad, siendo posible medir el poder neutralizante del suero.

Las epidemias de parálisis infantil tienen un carácter muy especial: azotan, en forma rápida, una región o ciudad, para luego desaparecer también en forma brusca. La enfermedad, una vez aparecida en un país, muy raramente lo deja de visitar en el futuro. El gérmen permanece escondido en lugares no bien determinados aún, esperando condiciones propicias para desarrollarse. Estas se refiere, sobre todo, a la aparición de nuevas generaciones de niños no inmunizados por las epidemias anteriores y a ciertas condiciones climato-meteorológicas que hacen posible el retorno de la enfermedad.

### FACTOR CLIMATICO

Ha sido ampliamente estudiado en la mayoría de los países en los que existe la parálisis infantil en forma endemo-epidémica. Hoy tenemos la seguridad de que existen factores climáticos propicios, sino indispensables, para que la enfermedad reaparezca. Se ha hablado de la temperatura, de la humedad de la atmósfera, de los vientos, de las sequías prolongadas, del grado de profundidad a que se encuentran las aguas, etc., etc. Todos estos factores tienen, evidentemente, una gran importancia. Es, fundándose en ellos, que Toomey, epidemiólogo americano, ha podido pronosticar como muy probable, el que nuestro país ha de ser en

el futuro fuertemente azotado por las epidemias de parálisis infantil. Es más probable, de acuerdo a lo que venimos observando desde hace algunos años, que estas predicciones se cumplan. Es por esto que los estudios meteoro-climáticos deben preocuparnos en relación con la importancia que ellos tienen. Entre nosotros, un grupo de hombres de ciencia se ha estado ocupando de este asunto desde hace algunos años, realizando investigaciones de gran interés sobre climas y micro-climas. Es necesario propulsar estos estudios hasta que lleguemos a tener conocimientos precisos de carácter práctico que nos permitan orientar y dirigir las colectividades infantiles en peligro, hacia distintas zonas del país.

### ALIMENTOS

Se ha inculpado a diversos alimentos el trasmitir el virus de la parálisis infantil. La leche, las verduras, las frutas, el agua, la manteca, etc., se encuentran entre ellos. Desconocemos, sin embargo, cuál o cuáles de ellos tengan importancia verdaderamente práctica en la trasmisión de la enfermedad. Es por esto que, en épocas de epidemias, las autoridades sanitarias suelen propagar en la población una serie de consejos restrictivos referentes al consumo de ciertos alimentos. Se debe ser muy discreto en esta forma de propaganda que, en general, produce más perjuicios en el comercio y las industrias, que beneficios en la prevención de la enfermedad.

### AGUAS CLOACALES - POZOS CIEGOS

En estos últimos años se ha podido determinar con seguridad la existencia del virus de la enfermedad de Heine-Medín en las aguas cloacales y pozos ciegos. La investigación cuidadosa puede puntualizar, casi con seguridad, este hallazgo. Se ha conseguido, por otra parte, trasmitir la afección al mono, inculando estos filtrados. Por otra parte, se ha podido rastrear el origen y el progreso de algunas epidemias regionales que se iniciaron alrededor de estos lugares.

La investigación del virus en las aguas cloacalas y pozos ciegos de los lugares infectados deberá ser de rutina en todos los casos, a fin de tomar las medidas necesarias de desinfección, para evitar la propagación futura del mal.

*Vectores*: Desconocemos en la actualidad, como ya hemos dicho más arriba, cuál es el medio habitual más importante en la transmisión del virus en la parálisis infantil. Sabemos que se puede determinar el contagio de enfermo a enfermo, sobre todo en el período pre-paralítico de la afección por intermedio de las gotitas de Flügge y también por el aire que lleva en suspensión el germen morbígeno en donde puede vivir durante varias horas

(aerosoles). Se conocen casos indiscutibles de contagio por intermedio de terceras personas, en cuyas fauces se encontró el virus. Es así como ha sido posible estudiar epidemias que aparecieron a raíz de un desplazamiento en ferrocarril, vapor o aeroplano de sujetos sanos que venían de distantes regiones y en cuyas mucosas se pudo encontrar el virus de la enfermedad. Lecheros, carniceros y toda clase de vendedores han podido ser inculpados, con justicia, de la propagación de la enfermedad y en el estallido de pequeñas epidemias de carácter violento. Animales diversos: caballos, perros, gatos, gallinas, etc., han sido también sospechados. Se ha podido comprobar que, en muchos casos, las enfermedades paralizantes de aquéllos, precedían o coincidían con la aparición de la enfermedad en el ser humano. Casos extraordinarios han sido relatados, como el de una familia que, aislada totalmente, cuidadores de un faro, sin ningún contacto con otros seres humanos durante largos meses, han visto aparecer la enfermedad en sus niños. En estos casos se ha inculpado a los pájaros viajeros como vectores del germen, que lo transmitían, probablemente, por intermedio de las aves de corral. Las moscas y mosquitos pueden ser también transmisoras del contagio, habiéndose encontrado el virus en las alas, la trompa y las patas de estos insectos.

Como se ve, la lucha contra el contagio de la parálisis infantil, es sumamente compleja. Es muy probable que todos estos vectores puedan, en realidad, trasmitir el mal, siempre que algunas condiciones no bien determinadas aún, se reproduzcan.

Un hecho interesante, que ha sido puesto de relieve en casi todos los países, es el de que el enfermo en el cual las manifestaciones paralíticas han aparecido, parece ser raramente contagioso. Una experiencia larga ha demostrado, entre nosotros, que en el Hospital de Niños de la Capital Federal, en donde hace más de 30 años que se internan los enfermos de parálisis infantil en las salas comunes, no se han producido casos indiscutibles de intercontagio. En la garganta y en las deyecciones de estos enfermos se encuentra, sin embargo, el virus, siendo muy posible que aquellos hechos puedan explicarse por la pérdida de la virulencia del agente de la enfermedad, cuya vida, en ciertas condiciones, es muy precaria.

Sin embargo, durante las epidemias el Centro de Parálisis Infantil ha de preocuparse por organizar la lucha profiláctica contra la enfermedad, en forma científica y tenaz, tratando, sin embargo, de no caer en las exageraciones inútiles que desacreditan aquellos procedimientos.

*Educación y orientación profesional*: La educación y orientación profesional del lisiado, que ya tratáramos más arriba cuando nos ocupamos de asistencia, reeducación y rehabilitación, debe

ser, como dijimos, una obra de realización inmediata. Debe establecerse la intervención de las autoridades educacionales de instrucción primaria, secundaria y especial, para que se organicen equipos de maestros y maestras con ese fin.

### LUCHA CONTRA EPIDEMIAS DE PARALISIS INFANTIL

Muy pocas, por cierto bastante ineficaces, son las medidas profilácticas que podemos oponer al avance de una epidemia de parálisis infantil. Estas presentan muchas veces los caracteres pandémicos de las enfermedades de gran difusión, semejándose en este sentido, sobre todo, a las gripales. Las poblaciones son atacadas en estos casos en forma integral, y afectan al mismo tiempo, a una gran cantidad de niños que carecen de la inmunidad producida por epidemias anteriores. Después del brote inicial y generalizado, la enfermedad suele propagarse por, intermedio de focos de extensión restringida, que costean los ríos u otras vías de comunicación.

Para la forma pandémica de la enfermedad, poco puede hacer la acción sanitaria. El cierre de las escuelas, la clausura de cines y teatros, el evitar que los niños se reúnan en plazas y paseos públicos, son medidas de efectos subjetivos para la población, pero de muy poco resultado en la lucha contra la epidemia.

En el segundo caso, en las epidemias de carácter local, las medidas sanitarias comunes: cuarentenas, vigilancia y desinfección de ferrocarriles, automóviles, etc, pueden ser de gran eficacia para evitar la propagación del mal a los centros y poblaciones vecinas.

En las escuelas y colectividades infantiles deben aplicarse, para estos casos, las normas aceptadas para el grupo de enfermedades contagiosas del tipo «B». La denuncia de la enfermedad a los poderes públicos es obligatoria.

El Centro de la Parálisis Infantil, en colaboración con las autoridades sanitarias del municipio, deberá realizar la asistencia médica domiciliaria de todas las personas atacadas, sobre todo en las grandes urbes, a fin de tomar las medidas profilácticas necesarias con el enfermo y con los contactos que lo rodean. Estas medidas serán, sobre todo, rigurosas e indispensables cuando el o los niños atacados vivan en locales dedicados al expendio de alimentos para la población: lecherías, panaderías, carnicerías, etc., etc. Estos comercios serán clausurados de inmediato y sus habitantes puestos bajo vigilancia sanitaria. Se organizará también la vigilancia de los comestibles que llegan a la capital desde los suburbios: verduras, fruta, leche, etc.

Se investigará con cuidado la coincidencia de los brotes de parálisis infantil con la aparición de «parálisis» de las aves de corral, de equinos, etc.

Se intensificará la lucha contra las moscas y mosquitos y todo otro insecto que se haya demostrado capaz de extender el contagio en los casos de epidemia.

### EQUIPOS DE SOCORRO

Los equipos de socorro deben ser organizados de inmediato. Nada hay de efectos tan sugestivos para las poblaciones atacadas, como comprobar que los poderes públicos se ocupan de inmediato en socorrerlas. Por otra parte, como no es posible tener preparados de antemano en todo el territorio de la República servicios y centros asistenciales para estos enfermos, lo más práctico es preparar los «equipos de socorro», de gran utilidad para tales emergencias. Estos deben estar dirigidos por un médico capaz y especializado, el cual pueda trasladarse de inmediato con su equipo a cualquier punto de la República, desde los primeros momentos en que la epidemia se inicia. Lo acompañarán otro médico joven, dos enfermeras y una reeducadora. Formará también parte del equipo un enfermero capaz de improvisar los aparatos elementales para la protección de los miembros enfermos. El equipo podrá contar también con aparatos eléctricos para la preparación de fomentos y de aparatos para la respiración artificial (pulmón de acero). Estos últimos podrán ser enviados en cualquier momento, a requerimiento del jefe del equipo. Tanto los médicos como las enfermeras del «equipo de socorro» deben ser aptos para organizar la lucha contra la parálisis infantil, en los lugares afectados, valiéndose, no sólo del tratamiento médico, sino de la propaganda radiotelefónica, periodística, etc., etc., para tranquilizar a la población. Deberá organizar conferencias de carácter técnico para los médicos y enfermeras de la localidad y también conferencias para el público, a fin de difundir en él los principios de la profilaxis y del tratamiento de la enfermedad.

Se podrá también incluir, en forma eventual, un bacteriólogo especializado en virus, para que pueda realizar, en el foco de la epidemia, las investigaciones que fueran oportunas.

### AVIACION SANITARIA DE URGENCIA

Para el traslado urgente de estos equipos, así como para el eventual transporte de enfermos graves a los grandes centros, es necesario contar con una organización de aviones sanitarios que permita realizar esas tareas en forma inmediata. En todo caso, la Sanidad Nacional podrá establecer convenios con los organismos nacionales o privados que puedan ocuparse de esta tarea.

### CENTROS DE DIAGNOSTICO PRECOZ

En esta enfermedad, el diagnóstico precoz adquiere real importancia, no sólo para el mejor tratamiento del enfermo, sino también para la rápida aplicación de las medidas profilácticas, tendientes a evitar la propagación del mal.

Estos «Centros de diagnóstico precoz» deben organizarse con poco costo, debiendo estar formados por un médico epidemiólogo y un bacteriólogo especializado en virus. Ellos podrán actuar conjunta o separadamente con los «equipos de socorro». Será conveniente que se los forme de manera tal que puedan ser enviados a cualquier punto del territorio nacional, o se los establezca con carácter permanente en los grandes centros poblados. Contarán con el instrumental indispensable para tomar muestras de aguas, de bebida y servidas, examinar alimentos e investigar portadores sanos de virus, tendiendo siempre a establecer el lugar o la forma de propagación de la enfermedad.

## RELACION CON EL PROYECTO DE CODIGO SANITARIO

Siendo la parálisis infantil una enfermedad que desde el año 1906 es endemo-epidémica en nuestro país, el Gobierno de la Nación debe tener en la lucha contra ella las atribuciones que le da el art. 3º., Inc. c): «prevención y erradicación de las endemias regionales, enfermedades cuarentenales o de gran peligro para la comunidad...»

En efecto, esta enfermedad puede, en momentos determinados, constituir un grave peligro para las poblaciones de cualquier parte de la República, las cuales no podrán estar siempre en condiciones de organizar su defensa.

Por otra parte, una vez pasado el brote epidémico, la enfermedad acostumbra subsistir en forma de focos endémicos —como ha sucedido en la Capital Federal y algunas de nuestras provincias— con acrecentamientos o «poussés» animales, muy difíciles de extirpar.

Tratándose, por otra parte, de una enfermedad que ataca al niño con una gran predilección, está comprendida en lo que establece el Inciso d) del Art. 3º., respecto a la «asistencia e higiene de la Maternidad e Infancia». En efecto, la parálisis infantil ataca al niño desde los 8 ó 9 meses y durante la segunda infancia, viéndose con frecuencia epidemias que parecen particularizarse por su incidencia en el niño antes del primer año de vida.

La asistencia social, fijada en el Inciso e) del Art. 3º., deberá aplicarse preferentemente en la lucha contra esta enfermedad, que produce invalideces duraderas en los atacados y exige, en forma imprescindible, los beneficios de aquélla.

En efecto, es una de las características de la enfermedad de Heine Medín, el tener un período agudo y sub-agudo, cortos y,

por el contrario, un largo período de cronicidad. Durante este último, la asistencia médico-social tiene una gran importancia para la recuperación y readaptación de los enfermos, tanto orgánica como intelectualmente. El tratamiento médico es desesperadamente lento y de larga duración; mientras tanto, los niños deben permanecer en los Hospitales durante varios años. Si el Gobierno, por intermedio de su Servicio Social, no se preocupa de esos niños para impartirles la educación y la instrucción necesarias, quedarán para el resto de sus días con graves lesiones motoras e incapaces de enfrentar la lucha por la vida, cualquiera sea la situación en que se encuentren.

Es imprescindible, igualmente, que el Estado pueda, de acuerdo a lo indicado por el Inciso b) del Art. 3º., «tomar de inmediato las medidas necesarias en casos de epidemia de parálisis infantil en lo concerniente al tráfico y tránsito internacional o interprovincial para evitar la propagación de aquéllas»...

En efecto, la explosión súbita de una epidemia de parálisis infantil suele producir estados de terror en las poblaciones atacadas, las cuales buscan proteger sus hijos por medio de su traslado inmediato a los países, provincias o regiones sanas. Los resultados de estas medidas han sido contraproducentes, tendiendo, como es natural, a la propagación y difusión de la epidemia por intermedio de los contactos, que, como portadores sanos o en incubación, emiten el germen de la enfermedad, a veces a larga distancia.

La Secretaría de Salud Pública podrá, además, de acuerdo con el Art. 4º., celebrar convenios especiales con las provincias para organizar la lucha contra las enfermedades en su faz crónica. El tratamiento médico-quirúrgico de las lesiones que deja la parálisis infantil debe ser dirigido por técnicos especializados en la materia: ortopedistas, reeducadores, masajistas, etc., etc. Durante algunos años, diversos centros sanitarios no estarán en condiciones ni contarán entre sus equipos médicos con los técnicos a que nos hemos referido. El Gobierno de la Nación deberá, hasta tanto dichos especialistas existan en el país, estar en condiciones de enviar con urgencia equipos capaces de organizar y dirigir en estas situaciones eventuales la lucha integral de la enfermedad de Heine Medín en cualquier punto de la República.

## ORDEN DE PRELACION

Durante el primer año del Plan Quinquenal se organizará el Centro Nacional de la Parálisis Infantil, organismo que tendrá bajo su dirección todo lo que se refiere a la lucha de carácter científico y práctico de la enfermedad, en el territorio de la República. Este Centro debe ser dirigido por un médico especia-

lizado, epidemiólogo y de preferencia pediatra, quien formará el elenco que ha de acompañarlo, tanto en los estudios de investigación, como en lo que se refiere a la lucha preventiva y curativa.

Las investigaciones de carácter estrictamente científico deben reducirse al mínimo indispensable durante los primeros tiempos, siendo más provechoso para la defensa del país el criterio de aprovechar debidamente los progresos que hayan realizado otros países y su aplicación en el nuestro.

Organizado el Centro Nacional con el personal a que aludimos, se formarán de inmediato y durante el primer año, por lo menos tres equipos de socorro para luchar, durante los brotes epidémicos, en los distintos puntos del país.

Estos equipos podrán instalarse al final del 2°. año en todas las grandes ciudades de nuestro país, y serán trasladados, en caso necesario, por vías más rápida hacia los lugares atacados.

Se organizará también, durante el primer año y con carácter de urgencia, el censo de los lisiados por parálisis infantil en toda la República. Con los datos que de allí se obtengan, la Secretaría de Salud Pública tendrá los elementos de juicio necesarios para formarse una idea exacta sobre las proyecciones que deberá tener el Servicio Social en el amparo de este grupo de la población. Se considera en el programa la organización, mediante convenios con las autoridades educacionales de todo el país, del tipo de instrucción primaria y secundaria que deberá impartirse a los enfermos crónicos y lisiados. En los años posteriores se proveerá de modo que ninguna ciudad importante carezca de los Servicios de Educación y Readaptación moral e intelectual de los enfermos de parálisis infantil, para procurar que ellos puedan desenvolverse en el futuro por sus propias fuerzas, sin constituir una carga irreparable para el Estado.

Al finalizar el 2°. año del Plan Quinquenal, mediante los datos obtenidos del «censo de lisiados», se podrá establecer, con criterio riguroso, el monto de las subvenciones o de la ayuda que el Gobierno deberá prestar a los enfermos o a las familias de los mismos para procurar su recuperación.

Durante el 1er. año se podrá organizar el cuerpo de becarios. Por lo menos cuatro médicos jóvenes deberán ser enviados, en calidad de becarios, a los países en que la lucha contra la parálisis infantil ha producido los más caracterizados especialistas. También será enviado un grupo de cuatro enfermeras reeducadoras, kinesiólogas diplomadas, para que se perfeccionen en su arte y puedan difundirlo a su regreso en nuestro país.

Será conveniente, durante este primer año, contratar en el extranjero un médico especializado en el estudio del virus de la

parálisis infantil, a fin de que se emprendan, sin más tardanza, las investigaciones relacionadas con el aislamiento de nuestras propias cepas.

Se procederá, de inmediato, a establecer el número de servicios y de camas con que cuenta el país actualmente para el tratamiento de los enfermos de parálisis infantil. Se ampliarán y mejorarán los servicios existentes y se establecerá la correspondiente colaboración con los organismos de carácter particular que se ocupen de la lucha contra dicha enfermedad.

Sintetizando, podemos decir que, durante los tres primeros años de este plan, será preocupación especial del Gobierno luchar en forma práctica, contra la parálisis infantil en todo lo que se refiere a la asistencia médica y social de los enfermos. Se dejará para los dos últimos años el complementar la organización de todo lo que se refiere a estudios e investigaciones de carácter técnico: causas de la enfermedad, epidemiología, factores climáticos, experimentación en animales ,etc.

## CAPITULO XIV

### *PALUDISMO*

*Eliminar el foco palúdico del N. E. y del litoral argentino y reducir a la mínima expresión el foco endémico del N. O. y epidémico.*

El paludismo en la República Argentina representa un serio problema sanitario, económico y social.

Pese a que los grandes núcleos poblados de la zona endémica están bajo servicios de saneamiento que aseguran su protección, el resto de zonas no protegidas paga todos los años un tributo de aproximadamente 300.000 enfermos. En muchos de esos lugares podría haberse realizado un saneamiento del mismo tipo y no se lo ha hecho por falta de recursos.

El paludismo como hecho social es la resultante de una serie de factores: biológicos, telúricos, económicos y políticos: por consiguiente sin un planteo y solución correlativos de todos los factores por su orden, no es posible lograr un enfoque y solución integral del problema.

Cuando se planea en vasta escala, para la ejecución de obras en las que en el último término, el beneficiario es el hombre, en su expresión gregaria de colectividad, es necesario tener presente, que aparte de aquellos resultados que son los objetivos primarios que persigue la acción, es indudable que una larga serie de resultados colaterales serán obtenidos; resultados cuya proyección es necesario predeterminar en la medida de lo posible, pues es frecuente que el volumen y la importancia de los mismos tengan una influencia decisiva, sobre el futuro y el porvenir de los lugares o regiones donde se realiza la obra. Por otra parte, ninguna de las actividades humanas está tan desvinculada de las demás para que al planear la acción dirigida sobre una de ellas, podamos ignorarlas no incorporándolas a nuestro plan, o por lo menos, no calculando de antemano cuáles van a ser las modificaciones más o menos sustanciales que serán introducidas en esas otras actividades. Cuando la actividad humana sobre la cual vamos a planificar es la conservación de la salud o su defensa, entonces estos conceptos adquieren una trascendencia inusitada.

La lucha antipalúdica suministra un magnífico ejemplo, pues una campaña bien organizada, es capaz de tornar en progresistas y florecientes a comunidades sumidas hasta ese momento en la enfermedad y la miseria. Por otra parte, el progreso en otros órdenes, consolida, estabiliza, sirve de estribo para la lucha antipalúdica.

Un orden social sólido y floreciente es la columna vertebral de un buen programa de eliminación del paludismo. El mejor argumento para sostener esta tesis, lo da la prueba en contrario: en zonas perfectamente saneadas, el desmoronamiento del orden social después de guerras y revoluciones produce fatalmente la reactivación del paludismo.

Al contemplar la realización de un programa quinquenal de lucha antipalúdica, es necesario primero hacer constar que el plan, en muchos de sus aspectos, sólo puede ser un itinerario, una guía de lo que debe hacerse; y no un calendario de realizaciones. En materia de lucha antipalúdica sólo puede fijársele un límite en el tiempo a la realización total. La oportunidad de la realización de un detalle, está sujeta a mil contingencias que no siempre son previsibles; y por lo tanto el programa debe ser lo suficientemente elástico como para permitir adaptarlo a esas contingencias.

Hasta este momento la lucha antipalúdica se ha planeado y se ha realizado en base a los recursos disponibles; nunca ha alcanzado a cubrir el mínimum de las necesidades reales.

Cubrir ese mínimum de necesidades en paludismo en nuestro país, significa realizar un programa de una magnitud muy considerable en cifras absolutas. Pero es necesario medir este programa en cifras relativas, por las inmensas proyecciones que tiene en todos los órdenes. Es necesario meditar lo que un programa de esta naturaleza significa, para el progreso de todas las actividades productivas del país. Es posible afirmar sin temor a equivocarse, que cualquier plan de realizaciones en el norte de nuestro territorio, que no haya tomado en cuenta la lucha antipalúdica, está condenado al fracaso o a soportar un considerable quebranto. Conjuntamente con la iniciación del plan, será necesario desarrollar una intensa actividad de convencimiento; pues es necesario conseguir la cooperación firme y decidida de la población para con nuestro programa. El hombre que coopera en una obra porque está convencido de que esta obra redundará en su beneficio, lo hace de buen grado; haciendo todo lo que es capaz de hacer, construyendo, estimulando con su ejemplo a que los demás construyan; y la influencia que lo lleva a la acción constructiva parte de dentro de él mismo, y no necesita vigilancia ni presión; esfuerzos estos últimos que pueden utilizarse en una faz constructiva de la obra. Además es necesario luchar contra un serio elemento negativo que siempre se presenta en la realización de obras o trabajos que tienen como beneficiaria, la población en general: nos referimos al concepto desgra-

ciadamente muy arraigado en nuestras poblaciones, que supone que toda acción que se dirija hacia la colectividad y en beneficio de ella, debe ser realizada exclusivamente con los recursos del Estado y en base a una acción puramente estatal. Este concepto ha sido y es nefasto. El Estado, no puede ni debe desarrollar íntegra la acción, cualquiera sea el objetivo final. El Estado puede y debe planificar, coordinar, guiar. El Estado puede y debe en muchas ocasiones financiar y realizar las grandes estructuras; pero si el público, último beneficiario de la obra, no ha puesto en forma ostensible para él mismo, parte de ese esfuerzo, fatalmente la obra realizada exclusivamente por el Estado, está condenada a ser subestimada. Por otra parte, en toda estructura, plan, organización, de considerable volumen, es inevitable que el ajuste de los pequeños detalles de la periferia, de la superestructura, no sea perfecta. Esto ocasiona inconvenientes, molestias, pequeñas decepciones; y cuando la responsabilidad de la obra ha sido tomada íntegramente por el Estado, son un decisivo argumento para la crítica, no siempre leal. Cuando el público ha tenido parte en la estructuración, en la organización de los planes y sobre todo en la realización de los mismos, entonces tiene una sensación cabal de todas las dificultades que es necesario vencer; y ante un inconveniente, una molestia, un fracaso o una pequeña o gran falla, no se lanza a la crítica en forma descomedida, sino que procura aunar esfuerzos para resolver el problema, en el que reconoce dificultades que no han podido ser previstas en su oportunidad. Por otra parte, es una ley elemental de naturaleza humana sentir interés y afecto por la propia obra.

Por último, el planeo general de la obra a realizar, debe estar firmemente apoyado en una legislación adecuada que permita a la Institución que la hace efectiva, manejarse libremente y sin trabas; y que por otra parte, especifique en forma clara y terminante, hasta dónde alcanza la responsabilidad del estado federal y dónde comienzan las responsabilidades de las autoridades provinciales, municipales, de las instituciones privadas y de los particulares.

## PLANTEO Y SOLUCIONES

Para que el paludismo exista en la medida con que actualmente se presenta en nuestro país concurren los siguientes factores, sintéticamente expuestos:

1.°) *Un complejo biológico,* con una organización sólida de todos sus elementos, en especial un anofeles indígena, dentro de su «habitat» ancestral.

2.°) *Una organización social precaria,* causa y efecto, recíprocamente influenciable, de la endemia palúdica.

3.º) *Una organización sanitaria pobre*, consecuencia de la despreocupación inveterada de los gobiernos por los problemas de la salud de los habitantes del interior del país.

4.º) *Falta de una conciencia pública del problema*, consecuencia del concepto, desgraciadamente muy difundido en todas las esferas, de que problemas de esta naturaleza deben ser resueltos pura y exclusivamente con los recursos y el esfuerzo del Estado, en este caso, del Estado Federal.

5.º) *Una legislación vieja e inadecuada.* La Ley 5195 tiene 40 años de vigencia; en ese lapso los conceptos sobre responsabilidad social han evolucionado en gran medida, y los conocimientos y las técnicas han modificado el panorama de la lucha antipalúdica.

6.º) *Falta de ambientes y elementos de estudios suficientes.* Nunca se acordaron recursos para estudios e investigaciones, base fundamental de todo progreso.

Como consecuencia de este encadenamiento de factores, el paludismo existe en el país en forma endémica y epidémica, alcanzando a cubrir en ambas formas una superficie aproximada de 240.000 kilómetros cuadrados.

El paludismo endémico (área endémica) cubre como una mancha de contornos irregulares, una extensa superficie del país. Otra superficie igual es cubierta periódicamente por los brotes de paludismo epidémico.

Geográficamente, en la República Argentina existen dos zonas palúdicas completamente indepedientes entre sí: la del Noroeste o preandina, y la del Litoral; cada una de ellas tiene su fisonomía y sus leyes epidemiológicas propias.

La zona endémica del Noroeste ocupa una extensión aproximada de 120.000 kilómetros cuadrados y se extiende sobre siete provincias; Jujuy, Salta, Tucumán, Santiago del Estero, Catamarca, La Rioja y Córdoba (ver mapa agregado); el trasmisor es exclusivamente el Anofeles pseudopunctipennis (App.), un típico «streambreeder», y las características generales de la zona corresponde a lo que se conoce como paludismo de pie de montaña (foot-hill malaria).

La zona endémica del Litoral ocupa una estrecha franja costera sobre el Río Paraná, en la Gobernación de Misiones; esta franja endémica corresponde a la orla del núcleo endémico paraguayo-brasileño, y cumple funciones de «cabecera de puente» en territorio argentino, para el avance epidémico de ese paludismo en nuestro país.

En el límite austral del área endémica del Noroeste, se presentan islotes desprendidos de la mancha principal (núcleos o focos palúdicos de Córdoba, La Rioja, San Luis y San Juan). El examen


DISTRIBUCION GEOGRAFICA DEL PALUDISMO
- REFERENCIAS -
ZONA ENDEMICA DEL NOROESTE
" " " LITORAL
" EPIDEMICA DEL NOROESTE
" " " LITORAL
JUJUY
SALTA
FORMOSA
CATAMARCA
SANTIAGO DEL ESTERO
CHACO
MISIONES
CORRIENTES
LA RIOJA
SANTA FE
SAN JUAN
CORDOBA
ENTRE RIOS
SAN LUIS
MENDOZA
BUENOS AIRES

del mapa de la distribución geográfica del paludismo en el país permite apreciar debidamente esta situación.

Esquemáticamente, los objetivos finales de la lucha antipalúdica en la República Argentina deben ser los siguientes:

*a)* Restringir al mínimo la superficie cubierta por el área endémica.

*b)* Evitar la aparición de brotes epidémicos o esporádicos.

*c)* Disminuir el grado de intensidad de la endemia donde ésta no haya podido ser suprimida.

Este programa ambicioso es sin embargo, perfectamente realizable; pero para ello es necesario afrontar la solución simultánea de los seis factores componentes de *la integral endémica,* que han sido enumerados en la página N.º 5.

Establecidos los objetivos finales, la lucha deberá desarrollarse mediante una combinación juiciosa y equilibrada de todas las fuerzas y elementos necesarios para la acción, con un ataque sobre dos frentes; el que podríamos llamar el «frente interno» del área endémica (*acción centrífuga*) y «el frente extremo» (*acción centrípeta).*

La *acción centrífuga* procurará, mediante la expansión periférica de las zonas saneadas de dentro del área endémica y la fusión de las mismas, ir formando «zonas de extinción» cada vez más amplias, más sólidas y mejor encadenadas. Estas zonas deberán cubrir todas las ciudades (pueblos, villas y zonas rurales que por su importancia social, política o militar, justifiquen la inversión; en ellas la posibilidad de adquirir una infección palúdica ocurrirá sólo como un accidente. Es necesario aclarar sin embargo que contiguo a las zonas de extinción, persistirán áreas extensas donde la endemia seguirá su curso, aunque reducida considerablemente en intensidad («Plan Preventivo»).

La *acción centrípeta* consistirá en la eliminación de los islotes endémicos australes, lo que asegurará al mismo tiempo la desaparición de las zonas de expansión epidémica vinculadas a los mismos. Simultáneamente deberán «recortarse» las salientes del área endémica, al mismo tiempo que se procura reducir su perímetro. En un juego de 6 mapas se exponen en forma gráfica los progresos del plan, correspondiendo el primer mapa a la distribución actual del paludismo (zona del Noroeste) con la ubicación de los actuales servicios de saneamiento. Los mapas sucesivos indican el progreso de la acción. No se incluye la zona palúdica del Litoral por cuanto ella solo consta de una pequeña área endémica de la que no se tiene un adecuado conocimiento de su epidemiología como para proyectar, con suficiente responsabilidad, las medidas que puedan aplicarse, siendo previo a cualquier paso en el sentido de la profilaxis, formular un programa de investigaciones.

Antes de entrar al planteo de los seis factores o componentes de la integral endémica, y a la exposición crítica de las correspondientes soluciones, creemos necesario insistir sobre una cuestión que consideramos fundamental.

El éxito de un plan cualquiera depende:

*a)* de sus posibilidades de realización;

*b)* de que el camino elegido lleve al fin que se persigue.

Con respecto a las posibilidades de realización, ellas son de resorte de las altas autoridades de la Nación que arbitrarán los medios y los recursos para la realización del plan (personal, materiales, y legislación adecuada).

Con respecto al camino a elegirse, esto es un problema que compete a los técnicos. Es este el campo reservado a nuestra responsabilidad, pues de nuestro acierto dependerá que queden o no defraudadas, la confianza del gobierno y las esperanzas del país.

En un plan que aborda problemas de tan hondas raíces como es el paludismo, consideramos que será siempre sabio y prudente, sobre todo cuando se buscan resultados a corto plazo (5 años), atenerse a los hechos conocidos y a las fórmulas consagradas; por ello, para la selección de los elementos operativos que integran el plan, hemos resuelto ajustarnos a la experiencia, más que a la inspiración.

## PRIMER FACTOR

### Complejo Biológico

El paludismo, como hecho nosológico, requiere la presencia de tres elementos: el hombre, el parásito y el mosquito.

Hemos dicho que la componente «complejo biológico» está constituída por una organización sólida de todos sus elementos; en especial, por un anofeles indígena, que actúa dentro de su «habitat ancestral». Esta enunciación implica reconocer y dejar establecido que el anofeles pseudopunctipennis (App), vector del paludismo en el Noroeste del país, tiene su lugar propio dentro del orden zoológico natural de las especies vivientes que pueblan el territorio argentino.

La más sólida tradición en materia de lucha antipalúdica y los más rotundos éxitos, han sido logrados mediante el ataque al elemento «mosquito»; no siendo necesario combatir contra todos los mosquitos sino solamente contra las especies vectoras («saneamiento específico»).

La acción a desarrollar sobre los otros elementos del complejo (hombre y parásito) no han podido todavía salir del plano de la medicina para incorporarse al de la higiene; vale decir, que la acción contra la asociación hombre-parásito, que constituye la «enfermedad» y la «fuente de infección», está todavía, a pesar del consi-

derable progreso alcanzado con la creación de nuevas y poderosas drogas antimaláricas (cloroquina y sus sinónimos y similares Aralen, SN.7618; SN.8137; Paludrina; SN.13276; SN.12837 y SN.11437), a la defensiva, supeditados a aceptar la ley del combate que imponga el adversario.

La acción contra el mosquito comprende una organización que hemos denominado «Plan Preventivo» y cuya modalidad es de carácter ofensivo; la acción contra el hombre enfermo y el parásito, comprende una organización que hemos denominado «Plan Asistencial» y cuya modalidad es de carácter fundamentalmente defensivo.

## PLAN PREVENTIVO

Ya se ha dejado establecido que la acción deberá realizarse en dos frentes, en dos direcciones: centrífuga y centrípeta.

*La acción centrífuga* comprende el saneamiento de las poblaciones urbanas y rurales cuya importancia justifica el gasto.

El saneamiento de las poblaciones urbanas deberá realizarse mediante la ampliación del radio de los actuales servicios sanitarios, en forma de incluir en la llamada área «A» (de protección teórica absoluta) a los nuevos barrios suburbanos. Al mismo tiempo y en forma progresiva, se irán creando nuevos servicios de saneamiento *fijos* «secundum artem», con el propósito de asegurar la indemnidad a toda población de más de 1.000 habitantes. Al final de este capítulo se agrega una lista de las localidades a cubrir.

Los trabajos de saneamiento deberán ser consolidados y estabilizados mediante obras de Ingeniería Sanitaria. Dada la importancia de este aspecto del plan, el tema «Ingeniería Sanitaria» se trata página aparte.

Para el saneamiento de las poblaciones rurales se organizarán equipos de lucha antipalúdica *móviles,* con el propósito de reducir el índice de trasmisión (disminución de la intensidad endémica). Esta acción se desarrollará mediante operaciones antilarvarias y especialmente antimosquito, con las más modernas armas de lucha (DDT y Gammexane). Las condiciones del medio y las características de la organización social de las zonas rurales, imponen la formación de «Consorcios de Vecinos» para el saneamiento rural. La consolidación de la acción preventiva en estas zonas se realizará mediante la aplicación, en vasta escala, de los métodos de lucha biológica (peces larvófagos y plantas). Los magníficos resultados que se han alcanzado en nuestro país con estos métodos de lucha sencillos y económicos, justifican la importancia que se les asigna en el plan, siendo comentados con más detalles en página aparte.

*La acción centrípeta.* — El saneamiento de los islotes endémicos y de las salientes del área endémica, será realizado con las mismas técnicas empleadas en la acción centrífuga, pero una vez

obtenido el dominio de la situación, será necesario mantenerlo mediante la organización de servicios denominados «centinelas», acompañados de un riguroso control de los transportes, con el propósito de neutralizar la difusión pasiva de anofeles desde la zona aun infestada, a las zonas saneadas.

Un complemento fundamental de todo programa y sobre todo, de un plan de la magnitud del que será encarado, está constituído por los estudios de investigación y experimentales, a cuyo desarrollo contribuirán todas las secciones técnicas de la Dirección General de Paludismo que integrarán el futuro Instituto de Investigación sobre Paludismo y Enfermedades Tropicales.

A continuación damos una lista, provincia por provincia, de todas las localidades en las que se realizarán trabajos de saneamiento:

*Tucumán:* Tucumán capital, Aguadita, Monteros, Cadillal y Escaba, Famaillá, Concepción, Aguilares, Trancas, Simoca, Los Sarmientos, San Pedro de Colalao, Leocadio Paz, Monteagudo, Santa Ana (Río Chico), Taruca Pampa (Tajamar y El Cajón), El Naranjo, El Sunchal, Acheral, Lules, todos los Ingenios, La Ramada, y Bella Vista.

*Salta:* Salta capital, Rosario de la Frontera, Orán, Río Pescado, Tartagal, Güemes, Rosario de Lerma, Metán, Guachipas, Chicoana, Campo Santo, La Candelaria, La Caldera, Pichanal, Saucelito, o Urundel, Joaquín V. González, Galpón, Tabacal, Cerrillos, El Piquete, Ruiz de los Llanos y Aguaray.

*Jujuy:* Jujuy capital, Palpalá, Ledesma, La Mendieta, San Pedro de Jujuy, Fraile Pintado, El Yuto, Calilegua, El Carmen, San Antonio y Perico.

*Catamarca:* Pirquita, Tinogasta, Santa María, La Merced, Ancaste, La Paz, El Alto, La Viña, Belén, Capayán, Pomán, Andalgalá e Icaño.

*Santiago del Estero:* Río Hondo, La Banda, Nueva Esperanza, San Pedro, Sinchi-Caña, San José del Boquerón, El Churqui, Bandera Bajada, Pozo Hondo, Tapso y La Punta.

*La Rioja:* Olta, Aimogasta, Catuna, Tama, Salica, Famatina, Alpasinche, Vichigasta, Sañogasta, Ñoqueves, Chamical, Portezuelo y Cuipán.

*Córdoba:* Cruz del Eje, Villa Dolores, Mina Clavero, Altautina, Conlara, Las Rosas, Pichanas, Villa Desoto, Ciénaga del Coro, La Cumbre y San Carlos.

*San Luis:* Santa Rosa y San Francisco del Monte de Oro.

*San Juan:* Valle Fértil.

Cada una de estas localidades está perfectamente estudiada y planificada la ubicación de los distintos elementos de Ingeniería Sanitaria Antipalúdica.




Forma cómo se irá saneando a través de los cinco años de lucha antipalúdica, los focos del N. O. Argentino
(En negro y rayado: zonas afectadas).
(En blanco : zonas saneadas).




Ver referencia pág. 794




Ver referencia pág. 794




Ver referencia pág. 794




Ver referencia pág. 794

1951

BOLIVIA
CHILE
JUJUY
CATAMARCA
Sgo DEL ESTERO
LA RIOJA
SAN JUAN
CORDOBA
SAN LUIS
MENDOZA

Ver referencia pág. 794

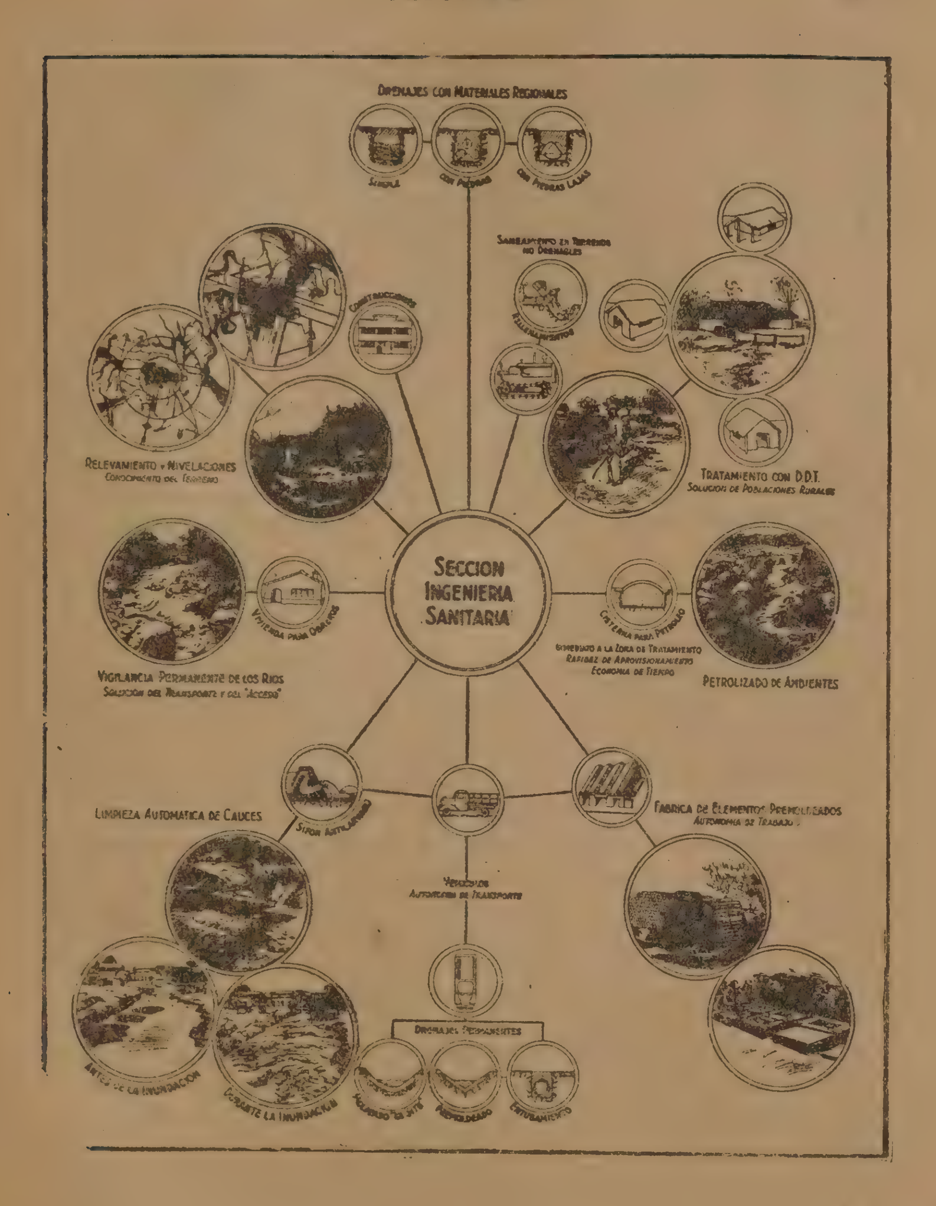
## Ingeniería Sanitaria

La función específica de la ingeniería sanitaria en la profilaxis del paludismo, consiste en aplicar los recursos de la técnica moderna para llegar al saneamiento estable. En nuestro país, hasta el presente, en razón de no haberse dispuesto de los recursos necesarios para hacerlo de un modo más efectivo, se ha encarado la lucha antipalúdica casi exclusivamente a base de trabajos temporarios. El plan quinquenal de ingeniería sanitaria persigue el objetivo de ir desplazando los métodos temporarios de protección por obras permanentes para alcanzar, así, un alto grado de seguridad en la preservación de la salud pública.

El punto de partida del plan de ingeniería sanitaria es la adquisición de un equipo adecuado, que permita dar un ritmo vivo a los trabajos y actuar, además, con independencia y agilidad; es indispensable adquirir, en cantidad y capacidad suficiente, herramientas, instrumental y vehículos, pues sin estos medios, cualquier plan que se elabore es pura abstracción; asimismo, es indispensable ampliar los cuadros técnicos y preparar al personal especializado que actuará sobre el terreno.

Se proyecta instalar desde el primer momento una fábrica de elementos premoldeados de hormigón. Los elementos serían tubos de drenaje, placas para revestimiento de canales, fondos de zanjas, pequeñas alcantarillas, etc., todos ellos de probada e incuestionable eficacia en la lucha contra el paludismo y que presentan, además, la ventaja de su fácil empleo, siendo posible su uso en gran escala de inmediato, para consolidar los trabajos existentes. Estos elementos, además de ser empleados en los servicios oficiales de lucha antipalúdica, podrían facilitarse a otras reparticiones técnicas, a los municipios y aun a comunidades rurales, para efectuar trabajos de saneamiento, cuando tales entidades se comprometieran a tomar a su cargo la mano de obra.

En nuestro país, debido a la topografía de la zona palúdica, no hace falta construir grandes canales de drenaje, como los que caracterizan las clásicas obras bonificas de Italia; lo que debe hacerse es ampliar y perfeccionar, estabilizándola, a la red de canales de saneamiento existente y además, abrir nuevas obras en las regiones aun no saneadas. También hay que encarar el drenaje en las zonas de regadío donde, por una inexplicable imprevisión, no ha sido contemplado el problema de los desagües y de allí resulta la formación de ambientes artificiales favorables al desarrollo del paludismo. En las zonas bajo riego, urge ejecutar un sistema organizado de desagües parcelarios y colectores y ejecutarlos de acuerdo a la técnica de la lucha antimosquito; es un problema subsidiario del riego y lógicamente tendrá que ser estudiado y resuelto conjuntamente con las dependencias que manejan y proyectan las obras de irrigación.


Drenajes con Materiales Regionales
Relevamiento y Nivelaciones
Construcciones
Rellenamientos
Tratamiento con D.D.T.
Solucion de Poblaciones Rurales
Seccion Ingenieria Sanitaria
Vigilancia Permanente de los Rios
Cisterna para Petroleo
Inmediato a la Zona de Tratamiento
Rapidez de Aprovisionamiento
Economia de Tiempo
Petrolizado de Ambientes
Limpieza Automatica de Cauces
Fabrica de Elementos Premoldeados
Antes de la Inundacion
Durante la Inundacion
Entubamiento

El Plan Quinquenal de obras de ingeniería sanitaria puede enunciarse suscintamente en la siguiente forma: se realizarán todos los trabajos indicados para la eliminación o transformación de los criaderos existentes o potenciales, comprendidos dentro de ciertos límites, y partiendo de los actuales centros saneados, operando en forma centrífuga, promover el saneamiento regional; vale decir, los trabajos en la primera etapa sólo protegerán áreas limitadas y luego se irán extendiendo por todas las zonas más pobladas donde se proyecta la erradicación del paludismo.

El plan de obras prevé la ejecución ordenada y racional de las estructuras que a continuación se mencionan: canales revestidos, drenajes subterráneos con tubos con materiales de la región, rellenamientos, sifones antilarvarios, obras complementarias, viviendas para obreros y edificios para los servicios de saneamiento antipalúdico. Los trabajos se ejecutarán en concierto con toda la acción que se desarrollará en el frente antipalúdico, pues con obras aisladas y desconectadas, no se consiguen resultados sanitarios de ninguna especie.

Nos ocuparemos, con mayor detalle, de cada una de las estructuras primarias que se utilizarán en vasta escala en la lucha contra el paludismo.

Las obras permanentes a realizarse con el objeto de estabilizar el saneamiento antipalúdico, serán diseñados teniendo en cuenta los dos factores básicos siguientes: el factor telúrico y el factor anofélico. La profilaxis del paludismo con obras de ingeniería sanitaria es esencialmente un problema local, planteado por la topografía e hidrología de la zona y la ecología de la especie transmisora. La topografía de la zona endemoepidémica del paludismo en el N. E. de la República Argentina es la característica de una región al pie de la montaña; puede decirse que no hay problemas agudos para disciplinar las corrientes de agua y esta circunstancia ha permitido que personal sin conocimientos técnicos pueda abrir los zanjeos temporarios necesarios para combatir al «Anopheles pseudopunctipennis». Todos estos trabajos se han realizado siempre por métodos expeditivos, sin mayores estudios y bajo la urgencia de habilitar los trabajos cuanto antes. En cierto modo, la situación admite parangonarse con los primeros trabajos que se realizan en materia de medios de comunicación; para ir de un punto a otro se comienza por abrir una senda sin preocuparse por las consideración de cuál será el trazado más conveniente. Esto último no quiere decir que en nuestro país no se hayan realizado obras permanentes cuando los recursos disponibles lo han permitido.

Las obras de drenaje proyectadas para el futuro quinquenio serán por métodos precisos, luego de realizar sobre el terreno los estudios preliminares que permitan encontrar el trazado más adecuado y económico. Serán obras de gran eficacia sanitaria, ejecuta-

das con materiales inalterables a la acción del tiempo, por lo que tendrán un mínimo de gastos de conservación, que es la característica más peculiar de la obra permanente.

*Revestimiento de canales:* Todo cauce natural o artificial con agua permanente y poca corriente es siempre una amenaza para la salud pública; en efecto, las observaciones realizadas en nuestros servicios de saneamiento coinciden en establecer que, cuando la velocidad del agua sobrepasa medio metro por segundo, desaparece el peligro de que se formen focos de paludismo; los canales de drenaje antipalúdico deberían llenar siempre este requisito esencial de tener una velocidad antianofélica, pero los zanjeos comunes, abiertos en el terreno natural, sólo en contadas excepciones pueden tolerar la fuerza de arrastre correspondiente a dicha velocidad: paulatinamente se van erosionando las paredes y ensanchando los cauces, ello ocasiona una disminución de la velocidad o bien da lugar a la formación de charcos laterales; por estas razones, en los zanjeos comunes es necesario efectuar frecuentes recanalizaciones y complementar esta medida, en la mayoría de los casos, con el empleo sistemático de larvicidas.

Mediante la incorporación de revestimientos es posible construir canales que, ofreciendo una mínima resistencia hidráulica aseguren una velocidad antianofélica permanente y que, además, aguanten la acción destructora de las precipitaciones pluviales. Estos canales tienen un costo recurrente más bajo, porque disminuyen los gastos de servicio; además, y esto es lo más importante, son cien por ciento eficientes desde el punto de vista sanitario.

Los zanjeos comunes se reemplazarán metódicamente y en la mayor escala posible por canales revestidos. Se emplearán dos clases de revestimientos que denominaremos: «in situ» y «premoldeados». Los «in situ» se ejecutarán en todos aquellos lugares en que sea necesario un revestimiento, de espesor apreciable, en mérito a la naturaleza del terreno o por la fuerte velocidad o porque se tenga un caudal permanente de gran volumen. La mayoría de los canales se ha previsto que se estabilizarán mediante el empleo de piezas premoldeadas, construídas en obradores o fábricas dotadas de todos los adelantos de los establecimientos que elaboran productos de hormigón. Una vez instalada la fábrica se puede comenzar la manufactura de los elementos e ir acumulando material, al mismo tiempo que se preparan los planos para las obras de drenaje.

*Entubamientos*: El método más seguro para la disciplina del agua en la ingeniería sanitaria antimalárica, es el drenaje subterráneo, en especial el construído con tubos, singularmente indicado para la eliminación de pequeños caudales, casi siempre los más peligrosos. Sus posibilidades de aplicación están limitadas por consideraciones topográficas (poco o excesivo declive), o bien por tratarse de caudales mayores que los que pueden escurrirse en un tubo.

La seguridad del método estriba en que el agua es inaccesible para el desove de los mosquitos; otra ventaja es que las obras no tienen interferencias con el desagüe superficial ni ocupan terreno.

En regiones áridas y escasas de agua, como La Rioja y Catamarca, las obras de drenaje antipalúdico realizadas con tubos, permiten el empleo exhauctivo de los caudales existentes, conservando su pureza y preservando pérdidas, lográndose así que las obras coadyuven en la economía hidráulica.

Hay el propósito de incrementar la ejecución de entubamientos en toda la zona palúdica para eliminar los focos inmediatos a las poblaciones. Los tubos serán preparados en la fábrica que montará la Sección Ingeniería Sanitaria y con ello se logrará una economía considerable.

*Drenajes con materiales de la región*: Los trabajos de entubamiento tienen que ser ejecutados con el auxilio de una técnica especial, so pena de un fracaso por obstrucción, enlame o dislocación de los tubos; por eso en los lugares muy apartados, donde no se encuentre personal competente, se prevé la construcción de drenajes subterráneo, empleando materiales de la zona, que pueden ser acopiados por los mismos obreros de saneamiento. Estos drenes son muy satisfactorios como medida sanitaria; aunque duran menos tiempo que los entubamientos, eliminan, por un largo período los criaderos, no siendo necesario vigilarlos sino a intervalos largos para controlar su funcionamiento. Los materiales que se utilizan son piedras, tablones, troncos, lajas, etc. Como estos drenajes son de menor costo que los entubamientos, serán usados preferencialmente en el lecho mayor de los ríos, lugares expuestos a la acción de inundaciones, pero donde también es necesario mejorar los procedimientos actuales.

*Rellenamiento*: El rellenamiento es una de las medidas más radicales para obtener el saneamiento, y a este expediente es necesario recurrir cuando se desea eliminar algunos criaderos que se encuentran en puntos bajos, imposibles de desaguar por el drenaje. Estos criaderos pueden ser naturales o bien el resultado de la acción de la mano del hombre, como consecuencia indirecta de la extracción de materiales. Los rellenamientos es posible hacerlos por diversos métodos. Uno de ellos es el llamado hidráulico, que tiene aplicación en las zonas vecinas de los ríos con mucho sedimento. Otro método es el relleno con basura y tierra.

La utilización de basuras y desperdicios urbanos, adoptando precauciones para evitar la proliferación de ratas, moscas y mosquitos, constituye una solución interesante y económica del problema de la disposición final de la basura.

*Sifones Antilarvarios*: Para el saneamiento permanente de cauces naturales de cierta magnitud, se planea recurrir al empleo de los sifones antilarvarios, dispositivos automáticos que producen inun-

daciones periódicas artificales, con el objeto de destruir los huevos y larvas de mosquitos por la acción de la correntada.

La Sección Ingeniería Sanitaria ha llevado a la práctica este procedimiento, superando las dificultades de su estrechez de recursos. Los sifones construídos han sido diseñados conforme a los principios ortodoxos del saneamiento antipalúdico, o sea, en base a la ecología de la especie a combatir y las características hidrológicas regionales; la solución ya encontrada se estudió primero en el laboratorio y, luego en el terreno; en los primeros tiempos se construyeron instalaciones de pruebas, de capacidad más bien limitada, y, luego se procedió a construir baterías importantes en algunos cauces naturales (arroyos San José de Famaillá, y arroyo de Chujchala, Termas de Río Hondo, Santiago del Estero). Los resultados obtenidos han sido muy buenos y permiten confiar con seguridad a los sifones antilarvarios el saneamiento permanente de los cauces naturales. Construyendo baterías escalonadas en los arroyos y arroyuelos donde sea aplicable el método, es posible eliminar estos peligrosos focos primarios.

Los sifones son, indudablemente, el tipo de trabajo permanente más indicado para el saneamiento de cauces de alguna importancia, por su eficiencia y su menor costo, comparativamente con la canalización y revestimiento.

Las baterías de sifones constan de dos partes: la obra de soporte, en realidad un pequeño dique y los sifones propiamente dichos; ambas partes pueden ejecutarse con elementos premoldeados; así se simplificará mucho la construcción de sifones, porque los elementos enviados desde la fábrica es posible instalarlos rápidamente en el lugar elegido para emplazar una obra de esta clase.

*Obras complementarias*: Los ríos de las zonas palúdicas constituyen un problema, cuya solución por obras de tipo permanente no es económicamente realizable; se debe recurrir al empleo sistemático y rutinario de larvicidas. Para facilitar el trabajo de los obreros y aumentar su rendimiento, se proyecta la construcción de depósitos de larvicidas, estratégicamente ubicados, los cuales evitarán recorridos inútiles para abastecerse de larvicidas.

También se prevé la construcción de estanques para cría de peces larvófagos y evitar los inconvenientes actuales de transporte de ferrocarril.

*Construcciones*: El saneamiento antipalúdico exige imperiosamente locales adecuados para oficinas y depósitos. Hace falta construir en toda la zona a sanearse edificios para que funcionen los servicios; los edificios constarán de las siguientes dependencias: depósito, garage, un pequeño taller de reparaciones, vestuario e instalaciones sanitarias para el personal: asimismo tendrán depósitos subterráneos para larvicidas y combustibles.

El saneamiento en las zonas alejadas de la población plantea siempre el problema del transporte del personal; en diversos casos se ha debido encarar la solución del problema mediante la construcción de viviendas para los que vigilan los cauces naturales. Estos hombres deberían vivir en las inmediaciones del lugar en que trabajan, como los camineros, por lo que a estas viviendas las denominaremos habitaciones para el «riero».

*Tratamientos rurales con DDT*: Como complemento de los trabajos indicados anteriormente, destinados a la eliminación de criaderos existentes o potenciales, nuestro plan contempla el empleo de un método de lucha eficaz, rápido y directo contra el mosquito adulto que extendiendo el frente de ataque, haga más intensa la lucha antipalúdica. Aquél es el empleo de DDT por medio de periódicas pulverizaciones residuales en poblaciones o establecimientos rurales aislados de las zonas bajo saneamiento. No se descarta el empleo de nuevos productos (Gammexane), una vez que se haya comprobado su eficacia. Para la pulverización residual con DDT se emplearán modernos equipos de compresores y pulverizadores, especialmente indicados para ello, que ejecutarán un trabajo correcto y económico.

*Estimación de las inversiones necesarias*: Anteriormente se han enumerado y analizado los medios de que se valdrá la ingeniería sanitaria para intensificar la acción en el frente antipalúdico, y consolidar el terreno que se vaya conquistando. Cabe ahora apreciar los fondos que serán necesarios para llevar a la práctica el plan esbozado y también calcular el monto correspondiente a cada uno de los distintos tipos de obras proyectadas.

Se aprecia en diez millones de pesos la inversión a realizarse; esta cifra resulta de un cómputo general de los trabajos a efectuar en los distintos servicios de saneamiento existentes, y de la estimación por analogía de las obras que demandarán los nuevos servicios a crearse. Todas las obras proyectadas serán verdaderas inversiones para aumentar el nivel de la salud pública; cada uno de los trabajos tiene una alta rentabilidad sanitaria y constituye mejoras reales introducidas en el medio ambiente, con el objeto de prevenir en forma permanente el paludismo y promover el bienestar general, al eliminar ambientes que en las condiciones actuales son también focos donde proliferan mosquitos de otras especies, que si bien no son transmisores de paludismo, lo son de otras enfermedades, además de constituir una fuente inagotable de molestias.

Los distintos trabajos a construir se han balanceado según la eficiencia de cada uno de éstos en la lucha antipalúdica y sus posibilidades de aplicación.

El mayor monto corresponde a la obra de drenaje permanente (canales revestidos y drenajes subterráneos), por ser el mayor problema que hay que encarar. Para sifones, obras complementarias y construcciones, se ha fijado una suma concordante a las necesida-

des actuales y futuras de los servicios. Las sumas a invertir son estimaciones globales en primera aproximación; de ningún modo constituyen un presupuesto al que se llega por el estudio detallado de las unidades de obra y el análisis de precio. Sin embargo, estas cifras expresan con elocuencia la magnitud de los distintos trabajos planeados y aclaran que al problema de la lucha antipalúdica se lo encara con un criterio ecléctico y no recurriendo a soluciones unilaterales, como podría ser, dedicarse exclusivamente a hacer nada más que un solo tipo de obras (drenajes).

También se ha hecho un cálculo de las sumas a invertir por provincia. En este cálculo han entrado en consideración los elementos siguientes: población de la zona a proteger, extensión de la zona palúdica y número de servicios a crearse.

Las cifras consignadas son una guía para el futuro; no significan un compromiso irrevocable de ejecución, pues, lógicamente tienen que ajustarse luego de realizados los estudios en el terreno.

La inversión de diez millones de pesos no se haría por cuotas iguales; se proyecta la siguiente serie cronológica de inversiones:

| | |
|---|---|
| Año 1947 ................ | 1.000.000 |
| » 1948 ................ | 1.500.000 |
| » 1949 ................ | 2.000.000 |
| » 1950 ................ | 2.500.000 |
| » 1951 ................ | 3.000.000 |

se prevén así, en mérito a que no es posible intensificar con un salto brusco la marcha de los trabajos; hay que comenzar en primer término, por adquirir el equipo e instalar la fábrica, realizar estudios amplios y detallados, preparar los cuadros técnicos, hacer planes para el desenvolvimiento ulterior de los trabajos, diligenciar adquisiciones y además, aprovechar la experiencia que vaya aquilatando al nuevo personal que se incorpore a la lucha antipalúdica.

## CUADRO DE INVERSIONES

| RUBRO | SERIE CRONOLOGICA DE INVERSIONES | | | | | TOTALES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Año 1947 | Año 1948 | Año 1949 | Año 1950 | Año 1951 | Quinquenio |
| Revestimientos | $ 100.000 | $ 300.000 | $ 500.000 | $ 900.000 | $ 1.200.000 | $ 3.000.000 |
| Drenajes Subterráneos | » 100.000 | » 200.000 | » 300.000 | » 600.000 | » 800.000 | » 2.000.000 |
| Rellenamientos | » 50.000 | » 100.000 | » 200.000 | » 300.000 | » 350.000 | » 1.000.000 |
| Sifones Antilarvarios | » 50.000 | » 100.000 | » 100.000 | » 125.000 | » 125.000 | » 500.000 |
| Obras Complementarias | » 50.000 | » 100.000 | » 100.000 | » 100.000 | » 150.000 | » 500.000 |
| Construcciones | » 50.000 | » 275.000 | » 450.000 | » 150.000 | » 75.000 | » 1.000.000 |
| Total de Obras | $ 400.000 | $ 1.075.000 | $ 1.650.000 | $ 2.175.000 | $ 2.700.000 | $ 8.000.000 |
| Tratamientos con DDT | $ 100.000 | $ 100.000 | $ 100.000 | $ 100.000 | $ 100.000 | $ 500.000 |
| Gastos Generales | » 50.000 | » 75.000 | » 100.000 | » 125.000 | » 150.000 | » 500.000 |
| Fábrica y Equipo | » 450.000 | » 250.000 | » 150.000 | » 100.000 | » 50.000 | » 1.000.000 |
| Total de Inversiones | $ 1.000.000 | $ 1.500.000 | $ 2.000.000 | $ 2.500.000 | $ 3.000.000 | $ 10.000.000 |

### PLAN DE INVERSION POR PROVINCIAS

| | |
|---|---|
| Tucumán | $ 2.000.000 |
| Salta | » 2.000.000 |
| Jujuy | » 1.500.000 |
| Santiago del Estero | » 500.000 |
| Catamarca | » 500.000 |
| Córdoba | » 500.000 |
| La Rioja | » 500.000 |
| Indiscriminado | » 1.500.000 |
| Fábrica y Equipo | » 1.000.000 |
| Total | $ 10.000.000 |

## Lucha Biológica

En la estrategia de la lucha antimalárica se presentan tres alternativas frente a un criadero de anofelinos: 1.° su eliminación por medio de obras de Ingenieria Sanitaria. 2.° su modificación en forma de hacerlos inaptos como criaderos. 3.° la aplicación de sustancias antilarvarias (petróleo verde de paris, DDT. etc.). — La aplicación de estas tres alternativas, que representan tres conductas operativas, presenta en nuestro país características especiales, derivadas del aspecto fisiográfico de la zona palúdica (foot hill malaria) y la biología del «Anofeles pseudopunctipennis» en su estado acuático («stream breeder»).

Entre los procedimientos para modificar «los ambientes productores», haciéndolos inadecuados para el desarrollo del App., se encuentran los medios biológicos que se caracterizan por la simplicidad y rapidez de su aplicación, su bajo costo y sus buenos resultados. Estos medios biológicos consisten en la aplicación de plantas y peces larvófagos. Las plantas actúan por concurrencia, modificando las condiciones biológicas del medio (haciéndolo incompatible para el desarrollo del App.), o, simplemente, produciendo sombra que es contraproducente para los criaderos de los mismos mosquitos. Existen muchas especies de plantas que ya han pasado por la prueba de la experiencia y con las cuales puede desarrollarse una intensa y fecunda campaña destinada a modificar en proporciones variables, pero siempre sustanciales, la capacidad de los ambientes hídricos para actuar como criadero del App. Estas son, para no citar sino las más acreditadas, las siguientes: Salix alba, Salix humboldtiana, Tessaria dodoneaefolia, diversas variedades de eucaliptus Senecio cremeiplorum, Eichornia crassipes o azurea, esta última especial para reducir el espejo de agua en las grandes superficies hídricas. De las especies de plantas que se encuentran en experimentación, se espera establecer definitivamente dentro de poco, la importancia y las ventajas de algunas de ellas, (por ejemplo, Myoporum laetum) para la lucha biológica.

El empleo de peces larvófagos representa también un poderoso aliado en la reducción de la capacidad productiva de los ambientes. Es cierto que no se puede esperar de ellos, por muchas razones, la eliminación completa de la productividad de un criadero. Actualmente se ha circunscripto la acción a una especie importada al país por esta repartición en el año 1944: la Gambusia affinis, reconocida hasta hoy como el pez de mayor actividad larvófaga y de mejores condiciones para su aclimatación y desarrollo.

La lucha biológica por medio de plantas y peces, ha abierto un horizonte de grandes posibilidades, sobre todo para las zonas rurales, donde los otros medios de lucha (ingeniería sanitaria y lucha



TUNEL BIOLOGICO
REBUSCAMIENTO DE CANALES
PLANTACION EXPERIMENTAL DE QUINA
AFIANZAMIENTO DE TALUDES
FORESTACION DE CIENAGOS
VIVEROS
SOMBREADOS DE CANALES
AGRONOMIA
LUCHA BIOLOGICA
FORESTACION PARA AFIANZAR MARGENES DE RIOS
SOMBREADO ESPEJOS DE AGUA
ICTIOLOGIA
DIQUES
TANQUES AUSTRALIANOS
REPRESAS
CIENAGAS
ESTANQUES
CANALES
PILETAS
ARROYOS
LAGUNAS

antilarvaria) no tienen por el momento, posibilidades económicas de aplicación o existen dificultades técnicas importantes.

La característica fundamental de las medidas de lucha biológica reside, como ya se ha dicho en su simplicidad, su secillez de aplicación y su bajo costo. No se requieren grandes y costosos equipos operativos, ni una preparación especial del personal ni del terreno. El plan de trabajo es el siguiente:

1.° Plantaciones con fines de sombreado en todos los cauces, de aguas permanentes o temporarios, no solo en la zona protegida por saneamiento, sino también fuera de ella. Para este trabajo pueden plantarse:

| AÑO | Estacas plantadas |
|---|---|
| 1947 | 400.000 |
| 1948 | 800.000 |
| 1949 | 120.000 |
| 1950 | 1.600.000 |
| 1951 | 1.600.000 |

2.° Plantación y amplación de plantaciones existentes con especies acuáticas de superficie (Eichornia crassipe o azurea) en todos los ambientes que sea necesario la reducción del espejo de agua (laguna, ciénega, etc.). Este trabajo será realizado durante los cinco años en forma intensiva.

3.° Reboscamiento con eucaliptus y Salix alba, de las ciénagas y depresiones de terreno que almacenen agua de lluvia.

4.° A los efectos de consolidar canales, se realizarán plantaciones con hierbas, arbustos y árboles, según las características de los mismos.

5.° Realizar plantaciones con función de defensa para encauzamiento de los ríos en lugares que así lo exijan; esto puede ser llevado a cabo en la mayor medida que lo permitan nuestros recursos y, sobre todo, en los ríos donde las crecientes en épocas de lluvias pueden castigar las obras de saneamiento o crear nuevos ambientes.

6.° En los años 1947 y 1948, será completada la formación del parque en nuestro terreno de Los Fierros, que años anteriores representaba una gran ciénaga y, por consiguiente, uno de los focos de mayor peligrosidad, dada su extensión y proximidad a la población. Para este trabajo serán plantados 4.000 eucaliptus en la parte que queda sin cubrir, como así también se utilizarán otras especies de plantas que reúnan las finalidades perseguidas por nosotros.

7.° La demanda de plantas por los trabajos programados anteriormente, como los estudios y experimentaciones que

deberemos realizar, exigen la formación de un vivero en Orán.

8.° La utilización de peces larvófagos, sobre todo la Gambusia affinis, deberá intensificarse en un grado tal, que represente la vigilancia de todos los ambientes hídricos de la zona afectada por el paludismo; esto significa que la producción de dicho pez por año deberá elevarse a varios millones y sólo bastaría para ello la construcción de 15 a 20 piletas ubicadas estratégicamente.

## PLAN ASISTENCIAL

La faz asistencial de la lucha antipalúdica debe ser enfocada desde una serie de ángulos. 1.°) la atención del enfermo agudo, que necesita perentoriamente el diagnóstico, la indicación del tratamiento y la correspodiente dosis de medicamentos; este aspecto plantea el problema de los Dispensarios. 2.°) la necesidad de la internación de formas graves o de los enfermos que agravan una forma clínica benigna debido a su indigencia (Insistimos sobre la escasez de formas clínicas graves y de la frecuencia de la confusión con formas graves de otras afecciones complicadas con un paludismo concurrente). Este aspecto plantea el problema hospitalario. 3.°) la recuperación de ese capital humano que se va perdiendo por el paludismo; este aspecto nos plantea el problema de los Sanatorios-colonias.

Como problemas colaterales del Plan Asistencial, debemos considerar la faz médico-sanitaria del Plan Preventivo: el saneamiento parasitario; la organización de los servicios auxiliares de diagnóstico; los Laboratorios en sus diferentes categorías y, la creación de una organización que nos permita estar a cubierto de todos los riesgos que significan, la necesidad de importar los medicamentos antipalúdicos.

Enumerados así los problemas, los iremos comentando por su orden.

### Dispensarios

El Dispensario es la avanzada de la lucha antipalúdica en los servicios periféricos; su función no es puramente, como pareciera sugerirnos su nombre, la de simple dispensador de medicamentos; la misma trasciende aún más allá de la clásica función asignada a los dispensarios de identificar al enfermo, hacer un diagnóstico y entregar el medicamento necesario, y trasciende más allá porque cumple, por sobre todas las cosas, una función de educación sanitaria, creando en el público una conciencia de lo que debe ser la atención médica y de lo que significa un buen diagnóstico. Este últi-

me aspecto, da una importancia enorme en las zonas palúdicas, pues es notorio que el rotulo «paludismo» se impone a un sinnúmero de afecciones que van, desde un humilde resfrio, hasta cualquier cuadro clínico grave, por extraño que sea el síndrome al cuadro habitual del paludismo. Pero para que ese dispensario sea el centro de irradiación de educación sanitaria o de buena medicina, es necesario que lo atienda un médico, sin prisa ni preocupaciones de otro orden, y sin la angustia del enfermo que lo espera en su consultorio particular y que puede aburrirse de la espera y concurrir al consultorio de otro colega.

Es necesario que sea, además, atendido con amor, con interés, con un afán de superación que nazca, no sólo de las inquietudes espirituales del individuo, sino de la organización que permita el progreso en todos los órdenes, de aquellos que tengan afán de superarse. Además, es necesario que esa atención médica esté, no sólo circunscripta a los grandes centros urbanos o aquellos centros semi-rurales con una población considerable, sino que llegue prácticamente a casi todos los lugares donde haya un núcleo de población por pequeña que sea.

Es inoficioso explicar por qué razón es imposible tener un médico en todos y cada uno de los miles de lugares de la zona endémica. Un presupuesto, aun el más frondoso, no podría pagar un servicio así; pero el problema se resolverá de otro modo. Las unidades periféricas de atención médica estarán atendidas por un médico en «full-time»; ese médico en «full-time»» será el responsable de la lucha antipalúdica en su zona de influencia.

De acuerdo con las características del lugar a que están destinadas estas unidades sanitarias, tendrán servicios de diversos tipos para cubrir íntegramente las necesidades locales: Dispensarios, Laboratorios, Consultorios móviles, montados sobre automotores, que permitan el desplazamiento del servicio; Servicio de Saneamiento, Servicio de lucha antimosquito etc. En lo que a Plan Asistencial se refiere, el Jefe del Servicio deberá ser auxiliado por médicos que, según las necesidades, podrán revistar en la categoría de médicos; con tres horas de mínimo de prestación de servicio, o médico con seis horas como mínimo. En los laboratorios, según su importancia, habrá profesionales o técnicos microscopistas.

Un servicio de esta naturaleza permitirá resolver una serie de problemas. Descentrará aún más que en la actualidad la responsabilidad ejecutiva en un funcionario bien pagado y sin ninguna otra preocupación que la de mantener la eficiencia de los servicios a su cargo; además, con los consultorios médicos-ambulantes se podrá llevar la *atención médica* a un número grande de poblaciones subsidiarias de la zona de influencia de cada uno de esos servi-

cios de lucha antipalúdica y, sobre todo, permitirá la organización aun más eficiente del sistema de distribución permanente de medicamentos antipalúdicos en la zona endémica.

Es notorio, como dijimos antes, que no se puede mantener un servicio médico permanente en todos y cada uno de los lugares. En paludismo, si el caso no es grave, se puede prescindir de asistencia médica; de lo que no se puede prescindir es del medicamento, por lo tanto, es necesario mantener una organización que permita el suministro constante de los mismos.

Esta Dirección General ha resuelto este problema con la organización del plan de Colaboradores Oficiosos: vecinos responsables, afincados, personas seleccionadas por el agente oficial (médico o auxiliar sanitario responsable de la atención de esa zona), por su honradez, por su capacidad, por su cultura, por su apreciación del problema, los cuales sin remuneración ninguna y con el sólo afán de contribuir al mejoramiento de la salud de sus convecinos, se prestan a ser los distribuidores del medicamento en la localidad de su sede y a rendir cuenta del mismo e ilustrar a aquellos que solicitan medicamentos, sobre la forma de tomarlos, en base a las instrucciones precisas y amplias suministradas por esta Dirección en la «Libreta del Colaborador Oficioso», que se les entrega al nombrarlos.

Además de haber conseguido sembrar la zona endémica de fuentes permanentes de medicamentos antipalúdicos para todo aquél que lo precise, creemos haber puesto en acción un principio de solidaridad social que necesita ser explotado en forma mucho más intensa, a objeto de despertar en todos los individuos una conciencia de comunidad y una sensibilidad a las responsabilidades que, como ente social, le cabe al que convive con sus semejantes. El éxito obtenido con este tipo de organización nos permite y nos obliga a tenerla en cuenta y a incluirla en el planeamiento de nuestros servicios asistenciales.

Resumiendo entonces: Dispensarios fijos, atendidos por médicos: Consultorios móviles que frecuentarán las zonas con una periodicidad fija y que podrán resolver todos los problemas de diagnóstico o de terapéutica que, desde tiempo inmemorial, y *aun en la actualidad*, se resuelven sin la intervención del médico en muchas partes; Auxiliares Sanitarios que permitan un minucioso control, enseñanza y atención de Colaboradores Oficiosos y una amplia, decisiva y eficaz colaboración entre esos servicios médicos y la población, a través del contacto frecuente y sensible del médico con todos los pobladores de la zona endémica a su cargo.

Es necesario recordar una vez más que la exigüidad de los recursos destinados a la lucha antipalúdica han obligado a que nues-

tros servicios médicos cubran nada más que pequeños lunares en la inmensa extensión de la zona endémica y que aun hay muchos lugares donde la visita de un médico es un acontecimiento que sirve de jalón cronológico en la historia local.

## Servicios Hospitalarios y Sanatorios-Colonias

Hemos dicho en muchas oportunidades que entre todas las soluciones que se pueden aportar para el problema palúdico, la menos feliz es el tratamiento de los enfermos, y la menos económica de todas las formas de tratamiento es la asistencia hospitalaria. Esta afirmación es, sobre todo, verdadera en países como el nuestro en el que el paludismo es una afección benigna, que excepcionalmente da cuadros lo suficientemente graves como para que se imponga una hospitalización y salvo raras excepciones, no da mortalidad.

La necesidad de hospitalizar enfermos por cierto existente, deriva, más que nada, de lo imperioso que resulta resolver el problema de la atención rápida y eficiente de personas indigentes que no pueden atenderse en su casa de ninguna afección, pues no tienen ni la más mínima de las comodidades ni la más precaria de las atenciones. Esa gente necesita ser hospitalizada para que esa situación de pobreza extrema no influya de una manera decisiva para prolongar en forma innecesaria un tratamiento antipalúdico, que debe resolverse en un tiempo mínimo.

Esta situación extrema a que hemos hecho referencia, no es lo suficientemente frecuente como para justificar grandes instalaciones hospitalarias, dedicando las 1.000 camas exclusivamente a la atención de enfermos palúdicos. En cambio, hay otro aspecto de la función asistencial de los servicios de lucha antipalúdica que tiene una importancia y una trascendencia médico-social muchísimo mayor y de más vasto alcance; nos referimos a los sanatorios para niños palúdicos.

En toda la vasta extensión de la zona endémica, el paludismo cobra un tributo, no ya en vidas, pero sí en salud, en energías, que drena en forma despiadada la vitalidad de las nuevas generaciones de pobladores de estas regiones, los cuales comienzan así su vida en franca desventaja física para ingresar en las filas de ciudadanos de una nación joven y pujante, que necesita hombres fuertes, sin taras y sin tachas para que puedan cumplir eficientemente con la función a que están destinados. Los niños de aquellas regiones de la zona endémica, que no están bajo áreas de tratamiento, es muy raro que escapen en el curso de su vida a por lo menos una infección palúdica; algunos de ellos se infectan en for-

ma reiterada y esta infección va minando su salud en forma tal que los deja inermes para defenderse de la enfermedad misma y de las otras afecciones intercurrentes.

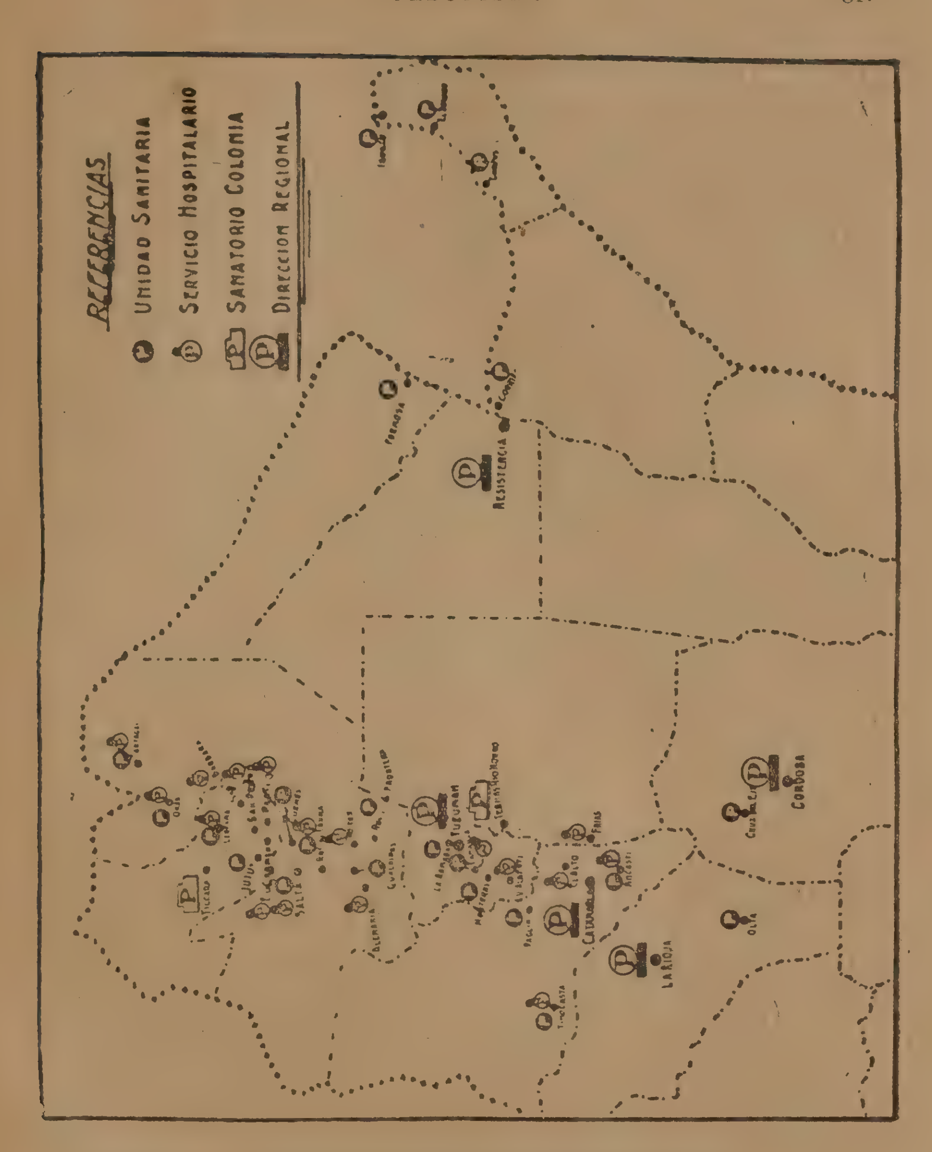
Para esos niños necesitamos crear más sanatorios-colonias.

Esos niños saldrán durante 4, 5 ó 6 meses de la zona altamente infectada para ser trasladados a un lugar donde estarán seguramente protegidos, bien guardados, mejor cuidados y alimentados y medicados de manera tal, que al cabo de esos pocos meses, habrán vuelto a recuperar la energía que les faltaba y habrán hecho acopio de una reserva física que les permitirá luchar en mejores condiciones contra el paludismo.

La experiencia que tenemos hecha en el Sanatorio para Niños Palúdicos de San Lorenzo, que cuenta apenas con 70 plazas, nos demuestra que los resultados que se obtienen son de una importancia extraordinaria para una salud futura de los niños allí internados.

Expuesto así el problema, entendemos que de las 1.000 camas que se han propuesto distribuir en el norte del país, para solucionar el problema del paludismo, sólo 500 deben estar dedicadas a la atención del enfermo palúdico. Estas 500 camas estarían distribuídas del siguiente modo: 120 en el Instituto de Paludismo y enfermedades Tropicales en la ciudad de Tucumán; 60 en el resto de la provincia de Tucumán; 60 en Catamarca, de las cuales 30 estarían en la Capital; 60 camas en Santiago del Estero; 100 camas en Salta y 100 en Jujuy. Resuelta, en principio, la distribución de estas camas, se plantea otro problema referente al tipo de institución que sería necesario habilitar. Esta Dirección estima que la creación de pequeños hospitales independientes resultaría seguramente antieconómico, pues cada uno de ellos requeriría una serie de instalaciones básicas que elevarían en forma muy extraordinaria el costo de cada día-cama. Consideramos más factible y provechoso construir, dentro de los hospitales ya existentes, un pabellón o una pequeña sala destinada exclusivamente a cumplir las funciones específicas que se persiguen. Esto significaría una reducción extraordinaria en el costo inicial de la instalación de los servicios, una posibilidad de reducir el tiempo necesario para la instalación misma e inauguración de los servicios, a un mínimo; y por último, una extraordinaria economía, pues se aprovecharían todas las instalaciones básicas ya existentes que se verían muy poco recargadas por un servicio de enfermos palúdicos. Además, no se necesitaría crear una nueva administración, pues la administración misma del hospital se podría encargar de ese aspecto, quedando a cargo de esta Dirección General el personal y la dirección técnica de ese servicio, y el suministro de medicamentos antipalúdicos.

En cuanto al problema de los Sanatorios para niños palúdicos, entendemos que debe resolverse creando 5 sanatorios más, aparte




Ubicación de los distintos servicios antipalúdicos a crearse.

del que funciona actualmente. Estos sanatorios deberán tener 100 camas cada uno: uno en el norte de Salta (Departamento de Orán), otro en Jujuy, otro en Tucumán, el cuarto en Santiago del Estero y el quinto en Catamarca.

Esta distribución nos permitiría beneficiar (contando con la posibilidad de ampliar el Sanatorio de niños de San Lorenzo a 150 camas) aproximadamente a 2.000 niños por año, siempre que siguiéramos internándolos por el plazo de 4 meses como hacemos habitualmente; y, aproximadamente 1.300 si alargáramos el período de internación a 6 meses.

Ese caudal de niños así beneficiados en su salud, significaría un extraordinario aporte para la recuperación de las zonas depauperadas físicamente por el paludismo y, además significaría un gran contigente de niños que han progresado en su cultura sanitaria en la forma extraordinaria en que pueden hacerlo niños que pasan varios meses en una institución de este tipo. Ellos llevarán esa cultura sanitaria a sus hogares, pues habrán aprendido nuevas prácticas higiénicas, nuevos hábitos de vida, nuevos hábitos alimenticios, y, sobre todo, habrán cultivado la convivencia con una amplitud que no les es dable cultivar en su lugar de origen, habituándose a la idea de que la salud se defiende con un esfuerzo colectivo porque es patrimonio de la colectividad, que debe ser cuidada y conservada.

## Saneamiento Parasitario

Pese a que todavía no se ha descubierto la droga ideal que sea capaz de esterilizar una colectividad desde el punto de vista del paludismo, el tratamiento adecuado y a tiempo y lo más completo posible de una comunidad infectada, influye en forma concreta sobre el número de individuos con parásitos en sangre periférica y, por ende, en el número de gametíferos, lo que repercute, en última instancia, sobre las posibilidades de realización de la trasmisión. En algunas oportunidades, sobre todo en saneamientos del tipo de los que se realizarán en los lugares de expansión de la zona endémica, o sea en aquellas regiones donde el paludismo sólo llega en forma periódica y cuando la fuerza expansiva de la endemia se hace considerable, este procedimiento será un gran auxiliar. En esas regiones, la reducción de la parasitemia circulante por medio de intensos tratamientos colectivos puede ser un factor de considerable influencia en la reducción del tiempo necesario para la extinción del foco palúdico. Por otra parte, en zonas intensamente palúdicas, la organización de tratamientos colectivos bien llevados, permitirá una reducción drástica de la morbilidad general y de los días de enfermedad «per-cápita» a causa del paludismo.

PALUDISMO

## Laboratorio

El Laboratorio es un auxiliar indispensable para el diagnóstico del paludismo, sobre todo para afinar el criterio clínico del médico, para aguzar su sentido del diagnóstico diferencial, para impedir que cometa errores que pueden ser serios, porque, a veces retardan, en forma peligrosa para el paciente, el tratamiento de una afección que se confunde con paludismo y, por otro lado, crean un concepto equivocado en el público y en la conciencia del mismo médico, acerca del cuadro clínico y el pronóstico del paludismo.

Por otra parte, el conocimiento exacto de la especie parasitaria en juego y de las formas evolutivas halladas en sangre periférica, significan una posibilidad de mejor diagnóstico, con el lógico corolario de mejor tratamiento y mejor pronóstico.

Toda una serie de diferentes categorías de laboratorios es indispensable para cubrir esas necesidades, desde el laboratorio de la Dirección General, que concentra, coordina, dirige y distribuye el trabajo de cada Regional, siguiendo con los laboratorios de las grandes unidades sanitarias periféricas y los pequeños laboratorios adjuntos a cada dispensario, unidades mínimas atendidas por un microscopista experto en el diagnóstico del paludismo, hasta los laboratorios adjuntos a los consultorios móviles que permitirán la recolección de un enorme, diverso e interesante material de todos los rincones de la zona endémica.

El Laboratorio es un auxiliar poderoso del dispensario, y el mismo no puede cumplir su tarea con la eficiencia necesaria si no cuenta con ese elemento. Por ello no olvidamos que un gran número de enfermos palúdicos, no son atendidos por nuestros Servicios ni por los de otras instituciones, sino que se atienden con sus médicos privados; a ese enorme contingente de palúdicos, que no tienen contacto con nuestros dispensarios y de los cuales ignoramos la mayor parte de los datos, es necesario que aprendamos a conocerlos. Por otra parte, también es preciso que nuestra organización incorpore el enorme contingente de la medicina privada a nuestra cruzada sanitaria y, como ya hemos dicho en otra oportunidad, las instituciones públicas son las que deben dar el ejemplo de cooperación, coloborando con el médico privado, auxiliándolo para realizar el diagnóstico y, sobre todo, facilitándole el auxilio de la técnica, para su clientela, que, pese a que no es lo suficientemente indigente como para requerir la atención total por una institución pública, no tiene las suficientes posibilidades económicas como para pagarse las investigaciones auxiliares. Para ese grupo de gente y para los médicos en ejercicio privado de la profesión, es que esta Dirección General ha organizado el Servicio Especial de Laboratorios de Paludismo para Médicos privados ya en funcionamiento y con magníficos resultados en la mayor parte de nuestros servicios. Su organización

actual, concebida a los efectos del real servicio y de la eliminación de trabas técnico-administrativas, es ya motivo de satisfacción para nosotros, pues creemos haber dado así, un gran paso en la solución del problema del acercamiento de la medicina privada a las autoridades sanitarias; pero es necesario ampliar y difundir más aún este servicio.

## Medicamentos

La pasada guerra nos enseñó una dolorosa lección que no podemos ignorar y menos dejar de aprovechar. Hubo momentos, durante el transcurso de la misma, en que la situación de nuestro país, con respecto a medicamentos antipalúdicos, era francamente dramática. Testigos de esa situación son las restricciones que hubimos de poner a nuestros servicios en la distribución de medicamentos antipalúdicos. Los sinsabores, las discusiones y la argumentación que fué necesario esgrimir para justificar ante la población, por qué una institución como la nuestra, que había distribuído siempre a manos llenas el medicamento, de repente se transformaba en una celosa guardiana del mismo y le administraba con una economía extraordinaria, fué tarea ardua. En un momento dado, llegamos hasta el racionamiento de las sales de quinina, imponiendo a nuestros Servicios cuotas de las cuales no debía excederse. Felizmente, casi al final, algo se facilitaba la adquisición de los medicamentos sintéticos del tipo de la Atebrina y de la Metoquina, lo que permitió cubrir nuestras necesidades a fines del año 1945; durante el año 1946 volvimos, otra vez, a la distribución amplia y generosa de medicamentos que ha servido para disimular la pobreza de otros recursos de nuestro Plan Asistencial, verbigracia, y por sobre todo, lo demás, la falta casi absoluta de movilidad fundamental para su desarrollo eficaz. Como decíamos antes, esta lección debe ser aprendida. Es imprescindible para la defensa nacional que nuestro país, que tiene una parte muy considerable de su territorio dentro de la zona endémica, cuente con un stock lo suficientemente grande de medicamentos antipalúdicos, como para poder despreocuparse del problema.

Por otra parte, es necesario que en previsión de cualquier contingencia, y esto es lo más importante, seamos capaces de fabricar con elementos propios y con materia prima del país, medicamentos antimaláricos. Sobre todo, cuando los progresos de la quimioterapia moderna nos hacen presumir que la era de la quinina, con sus clásicas exigencias de enormes plantaciones para su obtención, se está terminando a favor de medicamentos más efectivos, menos costosos y más fáciles de obtener.

La fabricación de medicamentos en nuestro país, y por una de las dependencias de la Secretaría de Salud Pública, se impone, además por una razón económica. Una recorrida por la documentación

de las gestiones realizadas para la compra de medicamentos en los últimos años, dará evidencia de cuánto se ha especulado con la necesidad y con el dolor. Cuántas imposiciones y cuántas esperas se han debido de tolerar y cuántas veces una provisión de medicamentos no se hizo en el momento más oportuno. La fabricación de medicamentos antipalúdicos en el país resolvería, de una sola vez, todos los problemas; sobre todo, permitiría, por su bajo costo, la renovación de viejos y eficientes programas, remozados y adecuados a los problemas actuales: la creación de la reserva familiar de medicamentos y la distribución sin restricciones de medicamentos antipalúdicos de alta calidad.

## SEGUNDO FACTOR

### Organización Social Precaria

El paludismo es siempre uno de los miembros más conspicuos del cortejo de miserias físicas y espirituales que acompañan a las regiones que, por sus características, parecen condicionar una organización social precaria. Efectivamente, es casi una ley general, con muy pocas excepciones, que una zona palúdica es una zona donde la vivienda es, en general, muy mala, donde la nutrición de la población es deficiente en cantidad y en calidad, donde el vestido es escaso y malo, donde la industria, el comercio y la explotación agropecuaria poco o nada contribuyen con salarios razonables a resolver los problemas enunciados al principio.

Por otra parte, precisamente porque son y han sido zonas palúdicas, no han progresado en la medida que otras, no han tenido atractivos para una inmigración fecunda en iniciativas de trabajos y hábitos de vida y han permanecido estancadas, trabadas por una población autóctona depauperada y explotada.

Además, en nuestro país, el progreso fabuloso de la Capital Federal y las próximas provincias agrícolo-ganaderas, hizo olvidar a las autoridades nacionales que existían otras provincias próximas que se debatían sin auxilio en una ímproba lucha contra problemas de todo orden y, por sobre todo, por el problema de una endemia como la del paludismo que las asolaba.

Es necesario que las regiones sean protegidas en forma eficiente, que los beneficios de la asistencia social lleguen a todos los rincones, que el salario sea adecuado, de manera tal, que pueda proporcionar una buena vivienda, una buena alimentación, un buen vestido y entonces esas poblaciones depauperadas físicamente, nacerán a una nueva vida, llevarán el progreso a sus colectividades y, como ha sucedido siempre cuando las comunidades han evolucionado en ese sentido, el paludismo se verá arrinconado a sus posiciones de defensa. Dejará de ser el agresor sistemático y poderoso que es en la actualidad.

Esta Dirección General, por la índole de sus funciones altamente específicas, no puede tomar en sus manos la solución de este problema. Por otra parte, son problemas de la jurisdicción de la Secretaría de Trabajo y Previsión. Esta Dirección General puede, sí, auxiliar en forma amplia y eficaz a la Secretaría de Trabajo y Previsión y a las instituciones similares que se ocupen de estos problemas, sobre la técnica de solución de algunos de ellos, por ejemplo, el caso de la vivienda que, además de las condiciones habituales que debe reunir una vivienda sana y cómoda, debe también reunir condiciones especiales de defensa contra el mosquito trasmisor. También esta Dirección puede asesorar a la Secretaría de Trabajo y Previsión y a la de Industria y Comercio sobre uno de los tópicos más importantes para el progreso futuro del país. Nos referimos a cuáles son las obras de saneamiento antipalúdico que deben realizarse, previos a la instalación de industrias y explotaciones agropecuarias y en qué forma deben las empresas privadas encarar la lucha antipalúdica en la parte que les corresponde. La cooperación de esta institución con otras reparticiones del Estado, que ya se viene practicando en forma muy auspiciosa, debe intensificarse, pues en el mutuo asesoramiento y en la coordinación de esfuerzo reside el secreto de una acción eficaz.

## TERCER FACTOR

### Organización Sanitaria Pobre

Las organizaciones sanitarias han sido hasta hoy pobres; pobres en recursos y, como consecuencia, pobres en la acción. Como hemos dicho en páginas anteriores, para el caso de la lucha antipalúdica, nunca hemos tenido recursos suficientes para cumplir con un programa mínimo. Además, con pequeñas variantes, los presupuestos totales de nuestra Repartición permanecen sensiblemente dentro del mismo volumen. No se ha contemplado nunca el hecho de que las instituciones sanitarias, para mantener su eficiencia, deben mantener un ritmo de crecimiento adecuado para cumplir con las necesidades a que están destinadas.

Las instituciones sanitarias deben crecer armónicamente: por crecimiento vegetativo y por adecuación a los problemas que están destinadas a resolver.

Eso significa incorporar personal técnico, personal administrativo y personal obrero en forma ordenada y metódica, antes que las necesidades se hagan perentorias, para poder prepararlos en forma adecuada y eficaz.

Además, es necesario utilizar el máximo posible de la capacidad de realización de las organizaciones sanitarias.

Las organizaciones tienen, como entes vivos que son, una sensibilidad muy exquisita, y cuando su capacidad de trabajo ha llegado a un límite, que supera a los recursos que tiene para utilizar y se ve obligada a reducir su acción, se enerva, se desorienta y empieza a malgastar energías.

La capacidad de trabajo de las organizaciones puede y debe ser aprovechada, pues los recursos empleados darán una renta tal que convertirán su empleo en una magnífica inversión desde el punto de vista económico. La preservación de la salud pública es como una guerra; una guerra permanente. En algunos casos, es una guerra de posiciones, como sucede contra el cáncer; en otras, guerra de movimiento, ágil, vigorosa, como sucede contra las epidemias. La guerra no puede hacerse sin ejército; sin un ejército bien organizado, bien disciplinado, bien pertrechado y para pasar a la ofensiva, se requiere una preparación especial, cuidadosa y paciente. Los ejércitos no se pueden improvisar so pena de pagar con muchas vidas la improvisación y la imprevisión. En salud pública, la analogía es exacta. La sanidad requiere preparación, requiere cuidadoso planeo, requiere la formación de sus cuadros de tropas, de suboficiales y oficiales. Requiere material, requiere elementos de todo orden; requiere, en fin, recursos. Esos recursos deben ser utilizados por personal capacitado para utilizarlos con el mejor rendimiento.

El éxito de un plan, además de otros factores, depende en gran medida, de la calidad del personal destinado a realizarlo. Con personal mal pagado, deficientemente preparado y sin posibilidades de progreso, no se puede realizar ninguna obra.

La industria y el comercio son serios competidores de las instituciones públicas y roban a las mismas sus mejores empleados, pues les pagan bien y las posibilidades de progreso son muchísimo mayor. El Estado debe pagar mejor a sus empleados, para poder exigir también que su empleado sea el mejor; para poder controlar su eficiencia y su labor; para evitar que el puesto público sea refugio de ineptos y de fracasados. ¿Cuál es el remedio de esos males? No es necesario discutirlo por obvio: buenos salarios, escalafón y estabilidad.

Cuando se trata de personal técnico, el problema es aún más grave; salvo raras excepciones, un técnico que no está empleado «full-time» en la tarea que se dedica, no puede ser 100 % eficaz, pero cuando ese técnico es el técnico que precisamos, honrado, diligente y capaz, muchas veces no se atreve a dejar sus intereses privados para ocupar un cargo público que no le ofrece la suficiente garantía de progreso.

Los salarios que hasta ahora ha pagado el Estado, carecen de incentivo para gente altamente especializada que, en cualquier co-

mercio o industria privada, gana fácilmetne sueldos dobles o triples y aún mayores que los que puede ganar en la administración pública, con el agregado de que la posibilidad de progreso es infinitamente mayor, pues rápidametne pueden escalar posiciones.

## CUARTO FACTOR

### Falta de una Conciencia Pública del Problema

La lucha contra el paludismo es considerada por el gran público como una responsabilidad exclusiva del Estado; la mayor parte de las instituciones y del público se creen exentos de la obligación de contribuir con su esfuerzo a la lucha antipalúdica.

Es necesario, por lo tanto, desarrollar una intensa campaña de educación y propaganda sanitaria, utilizando todos los recursos posibles para su eficaz desarrollo.

¿Quién es ese gran público a que hemos hecho referencia? Tratemos de discriminarlo en grandes grupos homogéneos y luego veamos en qué forma podemos incluirlo como agentes activos de la realización de nuestro plan.

1.°) *Población en conjunto, indiscriminada.* Esta es la forma primaria en que se nos aparecen las colectividades y es una unidad reaccionante.
2.°) *Grupos organizados en actividades diversas.* Instituciones, clubes, agrupaciones culturales, instituciones deportivas, etcétera, etcétera.
3.°) *Escuelas, colegios, universidades.*
4.°) *Médicos, instituciones médicas, instituciones para-médicas.*
5.°) *Instituciones públicas comunales y provinciales.*
6.°) *Grandes reparticiones nacionales.*
7°.) *Comercio, industria y explotaciones agropecuarias.*

¿Cómo pueden y deben actuar estos diferentes grupos?

1.° — *La población en conjunto, indiscriminada.* Una vez convencida de la utilidad de la obra, debe cooperar, primero, no poniendo obstáculos y prestando una amplia y decidida colaboración. Es una experiencia ya hecha por las grandes instituciones que tiene que vincularse con el público, que los pequeños obstáculos que se presentan en el trabajo diario y que la mente se siente inclinada a despreciar cuando se estudia el plan, sumadas en conjunto, suelen ser una mole inmensa de inconvenientes que, en última instancia, hace fracasar muchas veces la obra.

2.° — *Grupos organizados de índole diversa.* Por ser su índole tan variada, es imposible decidir de primera intención qué se puede hacer con ellos; pero un estudio detenido de cada uno de los intereses de esas agrupaciones, seguramente permite encontrar un ángulo de aproximación y lograr su cooperación como unidad activa.

3.° — *Escuelas, colegios, universidades.* Estos grupos son de una importancia que es imposible exagerar. Aunque en ello la acción más importante y fundamental que se puede desarrollar es una acción a largo plazo, de consolidación, de obra realizada. En la escuela, en los colegios secundarios, es necesario crear, en forma definitiva, una conciencia del problema. Es un trabajo que se hace para que rinda sus beneficios para cuando esos niños o jóvenes entren en su etapa de madurez. Las universidades pueden tener una intervención más directa, primero, centrando parte de su interés en el problema; segundo, seleccionando y orientando gente hacia el estudio de esos problemas.

4.° — *Médicos, instituciones médicas, instituciones para-médicas.* Estos grupos son de una importancia extraordinaria por su íntima y directa vinculación con el problema, sobre todo, en lo que se refiere a los médicos privados, a los que es necesario, como ya hemos dicho antes, incorporar a nuestra cruzada sanitaria. A ese efecto, insistimos en que, lo que hay que hacer, es difundir la obra de las instituciones públicas, colaborando ampliamente con la medicina privada y convenciendo al médico de que los organismos sanitarios estatales no son sus competidores, sino que están dispuestos a ser sus francos colaboradores.

Por otra parte, es necesario brindar al médico todas las oportunidades para que utilice el material de trabajo de las organizaciones sanitarias, para incrementar su preparación y, sobre todo, para que visualice aspectos colectivos de la medicina que no le han sido suficientemente inculcados en su paso por las universidades.

5.° — *Instituciones públicas, comunales y provinciales.* Estas instituciones pueden y deben, en orden local, colaborar en la obra, primero, brindándole su apoyo, ya sea *a) aportando recursos extra para la ampliación de los programas locales; b) produciendo legislación y reglamentación apropiadas para facilitar el desarrollo del plan; c) coordinando las actividades locales con el programa de acción para la mejor utilización del personal y recursos.*

6.° — *Grandes reparticiones nacionales.* Las grandes reparticiones nacionales, por la importancia de las tareas que realizan y por el volumen de los recursos que manejan, tienen responsabilidades considerables. Cuando desarrolla su acción en una determinada comunidad, su influencia, en general, es tan considerable que le confiere una fisonomía e influye en forma extraordinaria en su actividad. Muchas veces crea algún problema en el orden sanitario. Cuando una de esas grandes reparticiones crea un problema, éste debe ser resuelto, en gran escala por lo menos, por los recursos de esa misma repartición. Esto es aún más cierto y evidentemente necesario cuando esa repartición tiene actividades industriales o comerciales que la ponen en competencia con la industria y el co-

mercio privado. Entonces, el trabajo realizado por esa repartición sirve, no sólo a sus fines, sino como ejemplo de lo que deben realizar la industria y el comercio en defensa de sus intereses y de los intereses de la colectividad.

7.º — *Comercio, industria y explotaciones agropecuarias.* A los realizadores de estas actividades se les debe convencer de que los gastos y la preocupación y el personal empleado en resolver problemas sanitarios, deben estar incluídos previamente en los cálculos realizados o a realizarse cuando se planea una determinada explotación; sólo así será un factor previsible; por otra parte, es necesario demostrar a esas entidades que el esfuerzo y los recursos empleados en la acción sanitaria, tienen rendimientos extraordinarios y que, comercialmente, colaborar en la acción sanitaria, es una inversión provechosa.

## QUINTO FACTOR

### Legislación Vieja e Inadecuada

Le ley 5195 tiene 40 años de existencia; contiene conceptos anacrónicos; no contempla adecuadamente la lucha antipalúdica en sus aspectos técnicos y en sus relaciones con la actual organización social del país, y con las instituciones públicas, la industria, el comercio y la agricultura.

Sin un adecuado soporte legal, es imposible llevar adelante una campaña exitosa contra el paludismo; sus acciones están vinculadas de tal modo a la vida y al desarrollo de las colectividades, que es forzosamente indispensable una legislación **actualizada y efectiva.** Una legislación anticuada o incompleta resulta, no sólo inútil, sino a veces hasta contraproducente.

Muchas zonas del país han sido invadidas por el paludismo, como consecuencia de obras de riego, industrias o cultivos que favorecen la procreación de los mosquitos. Es necesario incorporar al código el concepto de que el paludismo, como todos los flagelos sociales, importa para los habitantes, deberes y derechos.

Es preciso, entonces, reformar la Ley 5195 en el sentido de:

Declarar al paludismo enfermedad social a cuya extinción deben concurrir todas las entidades o personas públicas o privadas.

Declarar obligatoria la contribución en la medida proporcional al beneficio a recibir por las obras de saneamiento.

Declarar obligatoria la conservación y mantenimiento de las obras de saneamiento.

Reglamentar la construcción de obras públicas (y privadas) en las zonas palúdicas.

Reglamentar los transportes para prevenir la difusión y extensión del paludismo.

Establecer la responsabilidad para los casos de impaludización creada por el hombre (man made malaria).

Declarar obligatoria la denuncia y el tratamiento.

Reglamentar los cultivos y las industrias malarígenas.

## SEXTO FACTOR

### Falta de Instalaciones y Elementos Suficientes para Estudio

La falta de instalaciones y elementos suficientes para estudio ha sido uno de los más serios inconvenientes con que se ha tropezado para dar a la lucha antipalúdica, en nuestro país, el impulso y la jerarquía que corresponde a una organización de ese carácter.

Los problemas del paludismo requieren profundizar las investigaciones para aclarar enigmas y perfeccionar técnicas y hacer más eficiente, segura y económica, la lucha antipalúdica.

La creación de un Instituto de Investigación sobre Paludismo y Enfermedades Tropicales pondrá al país al nivel de las naciones más adelantadas.

Un instituto del carácter del incorporado en el programa del Plan Quinquenal, requiere instalaciones adecuadas, personal altamente especializado, equipo moderno y suficiente y una sólida disciplina de trabajo; con estas cuatro cosas reunidas, podrá alcanzarse lo que se ambiciona.

La organización general ha sido proyectada teniendo en cuenta las especialidades técnicas que integran una organizción de este tipo: clínica (hospital de 120 camas) con sus secciones auxiliares de Fisio-patología y Anatomía Patológica; Farmacología, Química un instituto que no solo está destinado a la investigación científica, sino al perfeccionamiento técnico, debe contar también con secciones técnicas que conviertan en hechos concretos y efectivos, las verdades y los conocimientos adquiridos. Al mismo tiempo, esa organización debe servir como un centro de enseñanza para el perfeccionamiento de los Médicos y Auxiliares Sanitarios; por ello, dentro de la estructura general del Instituto, deben tener cabida, armónicamente correlacionada, un hospital, secciones de investigación, secciones técnicas, secciones de enseñanza y las oficinas del núcleo ejecutivo central.

El plan de investigaciones a desarrollar es vastísimo, pues es muy poco lo que ha podido realizarse hasta la fecha.

Tanto la Entomología como la Parasitología (del paludismo) son disciplinas casi vírgenes en nuestro país. El campo es inmenso y fecundo.

En Entomología podrá desarrollarse el siguiente plan:

1. Estudio ecológico anofelínico.
2. Conocimiento etológico de los mismos.

3. Estudio analítico biológico de las especies.
4. Corología y distribución geográfica de Culícidos en general y Anofelinos en particular.
5. Estudio analítico sistemático específico.

5 a. Investigaciones acerca de las variaciones de las especies.

6. Determinación del grado de antropofilia y zoofilia de los vectores.
7. Indice de infección específica:
   a) natural
   b) experimental.
8. Estudio de vuelo de los vectores.
9. Estudio de repelentes:
   a) Test de laboratorio.
   b) Test llevado a cabo ante el medio biológico de las especies.
10. Estudio de efectividad y acción de insecticidas en general y particular DDT y Gammexane:
    a) Test de laboratorio
    b) Test ambiental.

En Parasitología (paludismo) deberán cubrirse los siguientes campos de investigación:

Estudios e investigación sobre la familia Plasmodidae, su biología, ciclosvi tales (hombre-mosquito).

Biología de las especies, biología de los plasmodios humanos (vivax malariae, falciparum, ovale).

Estudio biológico de las cepas argentinas.

Investigaciones sobre los plasmodios de las aves y de los monos.

Estudios experimentales sobre la relación huésped-parásito.

## Edificio

Asunto que consideramos que merece una mención especial es el edificio del Instituto. Este edificio debe llenar tres funciones principales, interdependientes entre sí, que son alojar un Hospital, un Centro de Investigaciones Científicas y Enseñanza, y las Oficinas técnico-administrativas de la Dirección General de Paludismo. Las tres secciones que forman el conjunto, tienen exigencias peculiares en lo que respecta a orientación o distribución de los locales y se han dispuesto en forma aislada, pero sin que pierdan su relación funcional, adoptando un partido en U.

En el ala norte se ubica el Hospital, en el centro las Oficinas de la Plana Mayor de la Dirección General de Paludismo y en el ala sud el Instituto de Investigaciones. Cada sección tiene sus comunicaciones verticales propias; las comunicaciones horizontales de todas las plantas son corridas; de este modo, la circulación dentro del edi-

ficio se hace en las mejores condiciones posibles, sin interferencias ni recorridos inútiles.

Los servicios sanitarios correspondientes a cada sección, la caja de la escalera y los ascensores, se han ubicado al centro, en un lugar bien ventilado, equidistantes de todos los locales que sirven; y para los pasillos centrales se ha previsto iluminación por los extremos y a través de puertas vidrieras.

La construcción de un solo cuerpo de edificio permite aprovechar mejor las instalaciones complementarias como ser: incinerador de basuras, central telefónica y, en especial, la instalación de aire acondicionado. Se considera indispensable proveer una instalación de aire acondicionado, teniendo en cuenta que se trata de un edificio que tendrá numerosos laboratorios, donde es un requisito tener un medio ambiente controlable para que pueda trabajar en condiciones óptimas, donde habrá salas para enfermos, y donde funcionarán, además, oficinas; hoy día, en las fábricas, por razones de orden práctico puramente, se provee de aire acondicionado para aumentar el rendimiento del trabajo.

El edificio consta de subsuelo, planta baja y cuatro pisos altos, su superficie cubierta es de 11.500 metros cuadrados. A continuación se describen en detalle cada una de las Secciones.

Hospital: El Hospital y Dispensario anexo son de tipo muy especializado y más que fines propiamente asistenciales, persiguen el objetivo de la investigación científica. Su equipo e instalaciones son sencillos; dada la índole de los pacientes, no se necesitan salas para intervenciones quirúrgicas o tratamiento.

El subsuelo se dedica al servicio; allí se dispone la cocina, despensa, refrigeradores, comedor del personal, depósito general y de drogas, lavandería y morgue.

En la planta baja está la Dirección, oficinas para la recepción de enfermos y los servicios externos.

Los ascensores y escaleras dan a un hall separado del pasillo central por puertas automáticas, para evitar los ruidos. Un piso típico consta de local para las enfermeras, office, baños y roperías; todos estos locales miran al sud. Las salas se han dispuesto al N. y se supone que serán con ocho camas como máximo; sería mejor aun hacerlas de cuatro camas o semi-privadas, como es la práctica actual. Se ha dado orientación N. a las salas porque es la ubicación más conveniente en el clima de Tucumán; se dispone de asoleamiento durante el invierno y en el verano están resguardadas del sol directo casi todo el día.

Se considera conveniente incorporar caídas o tubos para la ropa usada hasta la planta del subsuelo donde está la lavandería. Muchos otros detalles no cabe describir en los límites de una memoria general.

Los tres pisos del Hospital se destinan, uno para mujeres, otro para hombres y el último para niños.

*Centro de Investigación y Enseñanza:* El ala S. se ha reservado para el Centro de Investigaciones y Enseñanza, pues se considera que es la orientación más conveniente para aulas y laboratorio.

En el subsuelo de esta ala se dispone el amplio depósito central de la Dirección: allí se tendrán las reservas de drogas, instrumental, papelería, etc. necesarios para el abastecimiento de las diferentes Regionales y Servicios.

La Sección Enseñanza, por la comodidad para el acceso, se ubica en la planta baja; en los pisos altos se ubican los laboratorios generales y de investigación (anatomía patológica, química biológica, farmacología, etc.) y también las Secciones que tienen laboratorios anexos como ser Lucha biológica y Entomología.

La terraza de esta ala se reserva para construir un criadero de los animales necesarios para la experimentación en los diversos laboratorios.

*Oficinas:* La Sección de Oficinas ocupa la parte central del edificio. Se ha dado orientación al oeste, considerando que se trabajará por la mañana preferentemente para evitar el excesivo calor de las tardes durante el verano.

En el subsuelo se ha dispuesto la plaza de estacionamiento de los vehículos oficiales; asimismo se ha ubicado la Sección Máquinas.

En la planta baja se prevén las oficinas a las cuales tiene más acceso el público, como Contaduría y Administración. También se ha dispuesto el Museo, la Biblioteca y un Auditórium.

Los pisos altos comprenden las oficinas ejecutivas más importantes.

## Edificio Complementario

Se necesita construir un edificio aparte del principal, destinado a talleres generales de la Dirección y a fábrica de elementos premoldeados para saneamiento debido a los ruidos que se originan en estas dependencias. Se colocará una instalación centralizada de aire comprimido, tanto para los talleres como para la fábrica propiamente dicha. Los talleres consistirán en un taller mecánico, taller de reparación de vehículos, herrería, carpintería y depósito. La fábrica tendrá las siguientes secciones: Depósito general de material, planta de elaboración, planta de curado, lugar de reposo de los elementos, patio de estiba.

Se estima que será necesaria una superficie cubierta de tinglado y edificación de 3.000 metros cuadrados, incluyendo vestuarios, locales sanitarios, etc.

## CAPITULO XV

### *LEPRA*

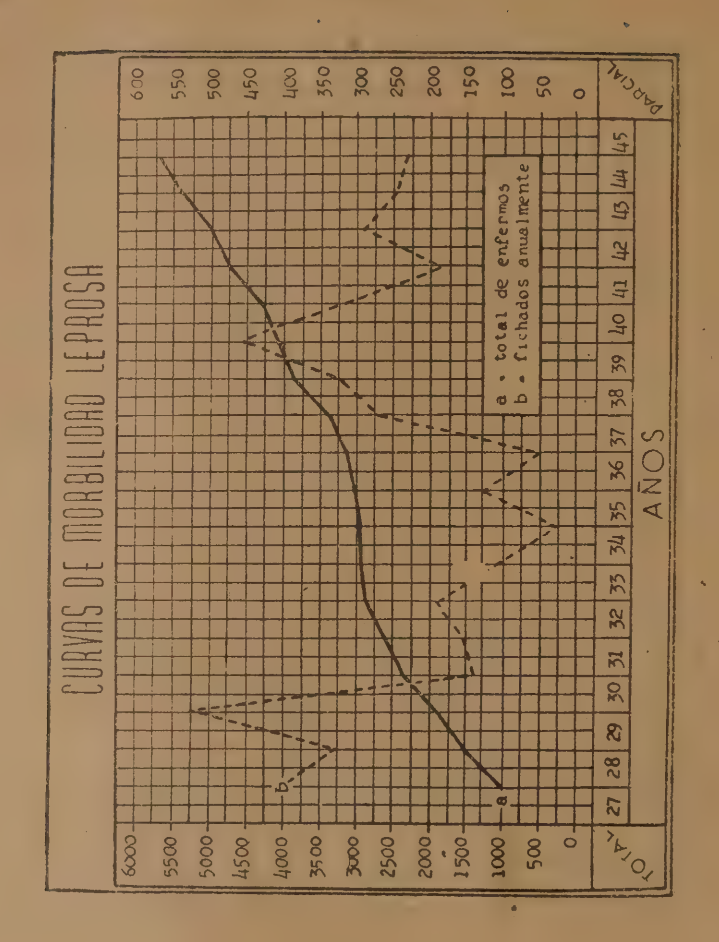
*Aislar al leproso, evitar la contaminación de los convivientes, limitar la zona de extensión en el territorio del país, propender a la acción social en la familia del leproso y estimular la investigación científica de la enfermedad.*

El gráfico adjunto demuestra claramente en qué forma se halla actualmente la endemia leprosa en nuestro país, y la necesidad de encarar resuelta y definitivamente un problema tan serio. Observamos en ella cómo anualmente crecen en forma alarmante los casos denunciados de lepra; los que a Diciembre de 1945 alcanzaban la cifra de 5.714, lo que representa un índice endémico de 0.42 por mil. Cifras estas que aumentarán considerablemente al realizar la actualización y ampliación del censo.

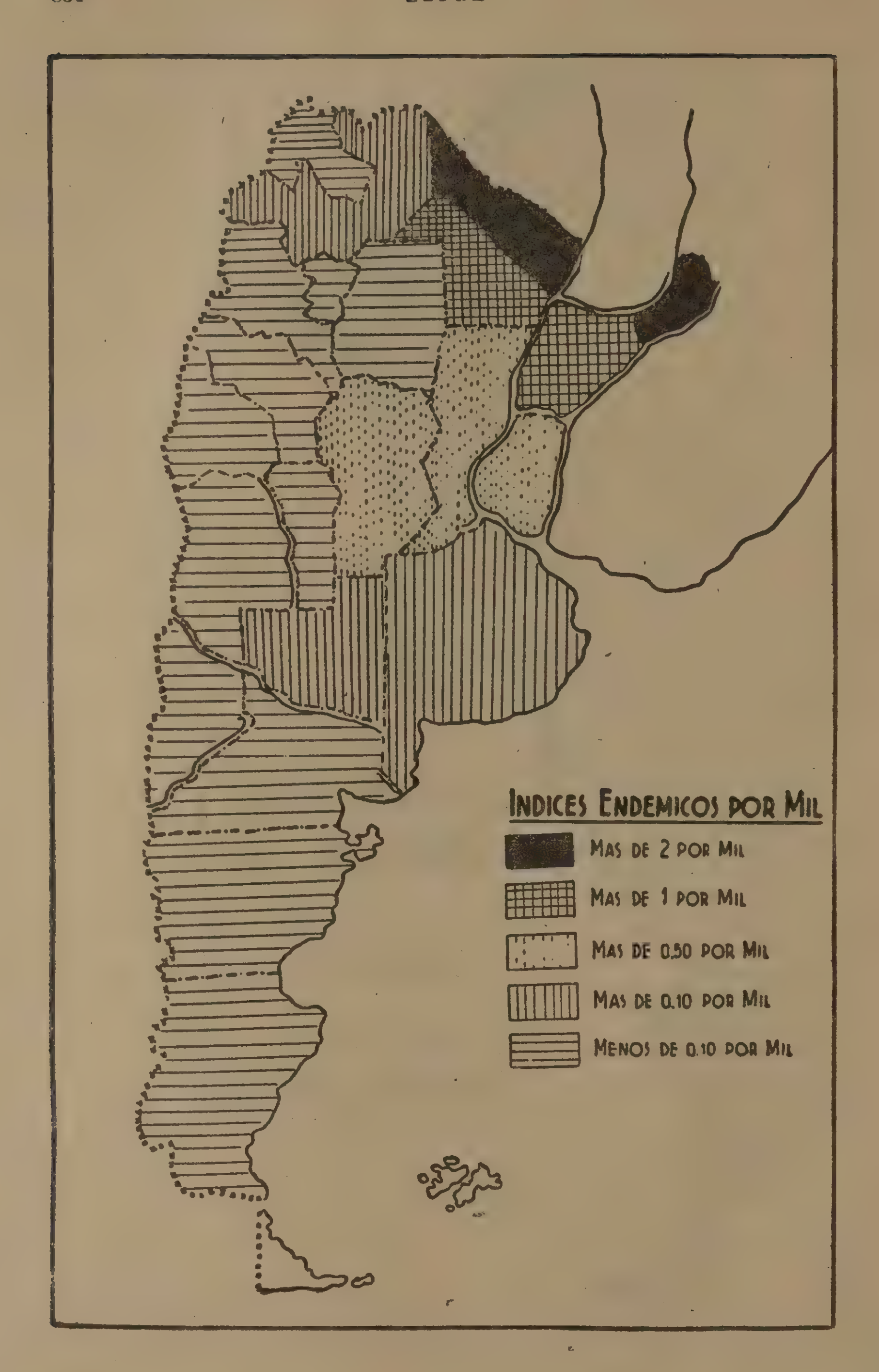
El problema de la endemia leprosa ha dejado de ser exclusivo del Litoral Argentino, pues actualmente se extiende a casi todo el Territorio de la República; de allí la necesidad de combatirla en todas partes, con la construcción de nuevos Sanatorios-Colonias y creación de múltiples Dispensarios Dermatológicos.

La distribución de enfermos de lepra por zonas, puede apreciarse en los mapas. Como así también el índice endémico por mil donde constatamos índices hasta de 2 por mil, cifra elevadísima que requiere intervención inmediata, evitando se propague aún más.

Así nos enseñan la cantidad de enfermos que existen denunciados en cada Provincia y Territorio Nacional, con su correspondiente morbilidad por mil con relación a la densidad de población.


CURVAS DE MORBILIDAD LEPROSA
a = total de enfermos
b = fichados anualmente
AÑOS
TOTAL
PARCIAL
27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45
0 500 1000 1500 2000 2500 3000 3500 4000 4500 5000 5500 6000
0 50 100 150 200 250 300 350 400 450 500 550 600
a
b


DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LA LEPRA EN LA ARGENTINA
LITORAL . 81.27%
MEDITERRANEO 17.69%
CORDILLERAS PATAGONICAS 1.03%
..DICIEMBRE 1945._
REPUBLICA ARGENTINA


INDICES ENDEMICOS POR MIL
MAS DE 2 POR MIL
MAS DE 1 POR MIL
MAS DE 0.50 POR MIL
MAS DE 0.10 POR MIL
MENOS DE 0.10 POR MIL


6
0,04
63
0,26
117
1,90
8
0,05
63
0,10
28
0,05
473
1,15
463
241
5
0,04
542
0,96
997
0,59
0.04
825
0.59
508
0,62
14
0,07
18
0,03
896
0,36
648
0.13
18
0,10
3
0,02
5
0,04
4
0,04
1
0,03
DISTRIBUCION DE ENFERMOS E
INDICE DE MORBILIDAD POR ‰
CIFRA SUPERIOR: NUMERO DE ENFERMOS
CIFRA SUBRAYADA: MORBILIDAD ‰

Cuadro A

**CUADRO COMPARATIVO DE ENFERMOS DE LEPRA EN LA REPUBLICA ARGENTINA**

Desde el año 1933 hasta 1945 inclusive

(Estadística preparada por la Sección Leprología a cargo del Dr. Marcial I. Quiroga)

| JURISDICCIONES | Año 1933 | Año 1934 | Año 1935 | Año 1936 | Año 1937 | Año 1938 | Año 1939 | Año 1940 | Año 1941 | Año 1942 | Año 1943 | Año 1944 | Año 1945 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Capital Federal... | 625 | 632 | 630 | 635 | 638 | 638 | 650 | 699 | 771 | 804 | 838 | 869 | 896 |
| Buenos Aires...... | 305 | 327 | 345 | 350 | 360 | 380 | 413 | 490 | 532 | 567 | 617 | 619 | 648 |
| Corrientes ........ | 324 | 342 | 342 | 340 | 285 | 280 | 300 | 437 | 460 | 463 | 481 | 514 | 542 |
| Córdoba...: ..... | 280 | 314 | 324 | 328 | 400 | 481 | 580 | 604 | 651 | 671 | 714 | 770 | 825 |
| Santa Fe......... | 616 | 628 | 636 | 640 | 670 | 700 | 775 | 788 | 835 | 865 | 926 | 963 | 997 |
| Entre Ríos ....... | 232 | 234 | 242 | 232 | 250 | 278 | 317 | 359 | 399 | 420 | 442 | 491 | 508 |
| Mendoza ......... | 11 | 11 | 12 | 12 | 13 | 13 | 13 | 14 | 15 | 16 | 18 | 18 | 18 |
| San Juan ........ | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 8 | 9 | 9 |
| La Rioja ......... | — | — | — | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 |
| Catamarca........ | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 8 |
| Sgo. del Estero ... | 15 | 15 | 17 | 15 | 16 | 16 | 16 | 16 | 17 | 17 | 19 | 23 | 28 |
| San Luis ......... | 44 | 44 | 40 | 40 | 40 | 40 | 11 | 11 | 11 | 12 | 12 | 13 | 14 |
| Salta............. | 57 | 58 | 54 | 55 | 55 | 56 | 57 | 57 | 58 | 59 | 61 | 63 | 63 |
| Tucumán ......... | 18 | 18 | 19 | 19 | 19 | 19 | 10 | 29 | 31 | 32 | 53 | 58 | 63 |
| Jujuy ............ | 4 | 4 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| Chaco ............ | 106 | 112 | 117 | 135 | 210 | 250 | 300 | 382 | 422 | 438 | 465 | 462 | 473 |
| Misiones.......... | 189 | 203 | 205 | 215 | 230 | 310 | 330 | 364 | 389 | 414 | 429 | 445 | 463 |
| Formosa.......... | 64 | 64 | 71 | 71 | 80 | 83 | 93 | 93 | 93 | 95 | 107 | 110 | 111 |
| La Pampa ........ | 10 | 12 | 12 | 13 | 13 | 13 | 13 | 15 | 16 | 16 | 17 | 17 | 18 |
| Chubut........... | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Santa Cruz....... | — | — | — | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Río Negro........ | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 |
| Neuquén ......... | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Totales ...... | 2.909 | 3.027 | 3.083 | 3.120 | 3.300 | 3.579 | 3.903 | 4.384 | 4.727 | 4.920 | 5.233 | 5.472 | 5.714 |

| ZONAS | JURISDICCIONES | N.° de enfermos | | Porcentaje | | I. endémico p. mil hab. | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1938 | 1945 | 1938 | 1945 | 1938 | 1945 |
| LITORAL | Capital Federal<br>Buenos Aires<br>Santa Fe<br>Entre Ríos<br>Corrientes<br>Formosa<br>Chaco<br>Misiones | 3.629 | 4.644 | 83,71 o/o | 81,27 o/o | 0,81 | 1,04 |
| MEDITERRANEA | Córdoba<br>Sgo. del Estero<br>Tucumán<br>Salta<br>San Luis<br>La Pampa | 589 | 1.011 | 15,08 o/o | 17,69 o/o | 0,16 | 0,19 |
| CORDILLERANA y PATAGONICA | Jujuy<br>Catamarca<br>La Rioja<br>San Juan<br>Mendoza<br>Río Negro<br>Neuquén<br>Chubut<br>Santa Cruz | 47 | 59 | 1,2 o/o | 1,03 o/o | 0,03 | 0,03 |

*Indice endémico por mil habitantes*

| | |
|---|---|
| Misiones | 2,41 |
| Formosa | 2,— |
| Chaco | 1,15 |
| Corrientes | 1,— |
| Entre Ríos | 0,62 |
| Santa Fe | 0,61 |
| Córdoba | 0,60 |
| Capital Federal | 0,36 |
| Salta | 0,26 |
| Buenos Aires | 0,18 |
| Tucumán | 0,10 |
| La Pampa | 0,10 |
| San Luis | 0,07 |
| Santiago del Estero | 0,05 |
| Catamarca | 0,05 |
| San Juan | 0,04 |
| La Rioja | 0,04 |
| Jujuy | 0,04 |

| | |
|---|---|
| Chubut | 0,04 |
| Río Negro | 0,04 |
| Mendoza | 0,03 |
| Santa Cruz | 0,03 |

PORCENTAJE DE FORMAS LEPROMATOSAS

*Zona litoral*

| | |
|---|---|
| Chaco | 80 % |
| Misiones | 66 » |
| Corrientes | 69 » |
| Buenos Aires | 64 » |
| Formosa | 60 » |
| Entre Ríos | 63 » |
| C. Federal | 52 » |
| Santa Fe | 55 » |

*Zona mediterránea*

| | |
|---|---|
| Córdoba | 56 % |
| Tucumán | 50 » |
| Salta | 51 » |
| Catamarca | 54 » |
| La Rioja | |

*Zona cordillerana y patagónica*

| | |
|---|---|
| Territorios del sud | 75 % |

## ORGANIZACION CENTRAL ANTILEPROSA

Todo lo relativo a la lucha antileprosa en el Territorio de la República, deberá estar subordinado a un orgánismo central nacional, dependiente de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, a objeto de rendir el máximo beneficio.

Siendo la endemia un problema nacional, no puede resolvérselo en forma parcial o regional, sino que debe ser afrontado en forma integral y en absoluta coordinación de todos los mecanismos integrantes, bajo una única dirección.

Dentro de esta organización central antileprosa, estarán comprendidos en forma directa los centros que de él dependan (Sanatorios-Colonias, Hospital de tránsito, Dispensarios dermatológicos y Preventorios), control sobre aquellos organismos de índole particular o de beneficencia (sociedades, patronatos, etc.), que se autoricen, y coordinación con todos los establecimientos asistenciales oficiales, que no dependan de la Secretaría de Salud Pública (Municipales,

Provinciales y demás nacionales). Todas estas entidades deberán dar estricto cumplimiento al contenido de la Ley 11.359, en cuanto a la obligatoriedad de denuncia de enfermos hansenianos se refiere, y siempre elevada de acuerdo a las normas establecidas en la reglamentación de la Ley, cuya omisión será penada de acuerdo a lo que en ella se establece para cada caso.

Este organismo central antileproso solicitará a los Establecimientos antes mencionados, sin excepción, que eleven a la brevedad posible todos los casos que figuren asentados en sus libros, y con todos los datos, es decir, la lista de enfermos de Hansen que se hayan atendido en ellos a partir de la promulgación de la Ley hasta el día de la fecha. Solicitándose esto, por cuanto nunca se había cumplido con la denuncia obligatoria.

Asimismo distribuirá las medicaciones antileprosas de eficacia ya probada a los establecimientos asistenciales y médicos tratantes de enfermos que solicitaran para los que tuvieran en asistencia.

Este organismo central tendrá el contralor y será el único encargado de proveer affiches y folletos a objeto de divulgación.

Poseerá al mismo tiempo un fichero general permanente de enfermos del país y convivientes.

**Sede en Buenos Aires**
(Capital Federal)

La sede de la organización central antileprosa será Buenos Aires (Capital Federal), y se denominará: «Dirección de Dermatología». Constará de una sección administrativa y otra técnica.

SECCIÓN TÉCNICA

*Sección Sanatorios.* — Atenderá todo lo relativo al movimiento sanatorial, internación de enfermos, autorización de altas, informando todos los trámites necesarios para arbitrar camas a los enfermos o instituciones que las requieran, solicitando y ordenando lo que creyera oportuno a los señores directores de los sanatorios, haciendo que se respete siempre el Reglamento Interno de cada Establecimiento.

Esta Sección podrá, en principio, ser atendida por el señor Director de la misma, pero a medida que se ejecute el Plan Quinquenal, el número de sanatorios obligará a que haya un médico encargado exclusivamente de ella.

*Sección Dispensarios.* — El encargado de ella, recibirá todas las informaciones relativas o provenientes de los Dispensarios, como así también de establecimientos, médicos u otras personas que actuarán en zonas correspondientes, derivándolas en todos los

casos previa notificación al señor Jefe y al Médico Director del Dispensario Dermatológico que corresponda.

Estará igualmente encargada de velar para que los dispensarios no carezcan de medios terapéuticos o de otro orden, para llenar regularmente sus funciones.

Esta Sección, transitoriamente, para que pueda desenvolverse, estará a cargo del señor Director.

*Sección Preventorio y Servicio Social.* — Esta Sección contemplará conjuntamente lo relacionado a la asistencia social de la familia del enfermo en general, y de los hijos menores en particular.

Considerando que esta Sección se creará, por cuanto no existe hasta la fecha y siendo de suma importancia profiláctico-preventiva y social para la tranquilidad y bienestar de los internados, estará definitivamente a cargo del señor Jefe, quien estará al tanto de ella por los informes de las Visitadoras, de los señores Inspectores Regionales y por visitas periódicas que personalmente deberán realizar, siendo exclusivo de él indicar o disponer la forma en que se realizará la ayuda a la familia.

*Sección Laboratorio e Investigación.* — Estará al frente de esta Sección un Médico Anatomo-patólogo, designado a tal fin, con el personal idóneo a su cargo.

Efectuará no solamente los exámenes de rutina, sino también prestará toda la colaboración necesaria para los trabajos originales de investigación leprológica, constituyendo esta Sección el núcleo inicial del futuro Instituto de Investigaciones Leprológicas.

Prestará su colaboración también a los pequeños cursos de perfeccionamiento que se dictaran.

*Sección Endemiología y Estadística.* — Se centralizarán y organizarán en ella todos los datos relativos a la endemiología y características de las distintas zonas del país; asentando en ella el Fichero Central de enfermos, que incorporará todas las denuncias comprobadas, contribuyendo así al censo permanente.

Este fichero estará a cargo de un empleado único, asesorado siempre por el señor Jefe, siendo terminantemente prohibido el acceder a pedidos de datos de índole particular a quien no esté debidamente autorizado.

*Sección Biblioteca y Divulgación.* — Esta Sección tratará de formar, por compra o canje, una biblioteca de leprología. Estará a cargo de un bibliotecario que deberá mantener un fichero al día, y distribuir las publicaciones que esta Dirección de Lepra confeccionará a objeto de propender a la divulgación y educación sanitaria.

*Sección Inspección.* — Esta Sección cumplirá sus funciones a requerimiento del señor Inspector Regional, Director de Sanatorio

o Dispensario Dermatológico, o cuando ella crea conveniente, efectuando dichas inspecciones por intermedio de personal designado al efecto por la Dirección de Dermatología.

SECCIÓN ADMINISTRATIVA

La División Administrativa actualmente cuenta con una organización similar, necesitando solamente refuerzo de personal. Llenará sus funciones en la forma descripta, es decir: Mesa de Entradas, Despacho, Economato y Depósito. Este último almacenará la totalidad de la medicación a proveerse, la que será distribuída por su intermedio y asentando toda entrega a objeto de control.

## PLAN DE LUCHA ANTILEPROSA

Debe llevarse en forma escalonada y bien organizado, para que de acuerdo a la importancia y necesidades más urgentes, puedan ir ejecutándose, pues existen fases de la lucha que para que reporten beneficios exigen la ejecución previa de otras.

El plan de lucha antileprosa consta de cinco partes fundamentales a llevarse a la práctica en el transcurso de cinco años; las que una vez ejecutadas en toda su amplitud habrán resuelto el grave problema de la endemia leprosa del país, y son:

*A*) Protección individual.
*B*) Protección social.
*C*) Asistencia.
*D*) Censo permanente.
*E*) Investigación y docencia.

A) PROTECCION INDIVIDUAL

La protección individual, se refiere a las medidas preventivas a tomar, evitando a los sanos el peligro de enfermarse.

Unas pueden ser puestas en práctica merced a la cultura personal, y otras, por medidas que las autoridades sanitarias pueden tomar; pero, en todos los casos, es obligación de estas últimas adoptarlas y hacerlas conocer.

### 1. *Búsqueda de enfermos*

Todos los médicos dependientes de la Dirección de Dermatología (Sanatorios-Colonias y Dispensarios Dermatológicos), tendrán a su cargo la búsqueda de enfermos en lugares públicos, como los distintos servicios de Dermatología de todos los hospitales, tratando de localizar a los hansenianos que hayan sido diagnosticados en los mismos, y al mismo tiempo observar los nuevos que se presenten.

### 2. *Investigaciones sociales*

Se debe profundizar la influencia que pueden tener los factores sociales sobre las características y difusión de la endemia.

Un estudio cuidadoso de las estadísticas confeccionadas en base a los censos realizados directamente, o por las denuncias recibidas, permitirá extraer conclusiones respecto a si con preferencia ataca la lepra a una determinada clase social; por ejemplo, si el mayor número de enfermos pobres conocidos, es debido simplemente al predominio numérico de esta clase dentro de la estructura social, o es causada por las condiciones de vida (nutrición, vivienda, régimen de vida, profesiones insalubres, excesos físicos, insuficiente higiene, etc.).

Al parecer hay una relación directa entre el hacinamiento de la población y el índice endémico; pero esta presunción necesita la confirmación estadística. Por ello será tarea indispensable de la Dirección de Dermatología el dilucidar los aspectos sociales que pueda presentar la endemia, para mejor ataque dentro de los límites del país.

### 3. *Divulgación*

Esta será hecha: entre todos los médicos del país (enviándoles una copia de la Ley 11.359 y su correspondiente Reglamentación para que cumplan en su parte fundamental, de denuncia obligatoria); entre todos los enfermos para que no traten de ocultar familiares enfermos, e impidan efectuar medidas profilácticas que deben ser respetadas y cumplidas, así como también divulgar las posibilidades actuales de curación frente a nuevos tratamientos y las ventajas de la toma precoz de la enfermedad. Y entre todos los habitantes del país por medio de folletos, affiches, conferencias radiales y en escuelas, pidiéndoles la colaboración de ellos, dando a conocer a esta Dirección todos los casos que conozcan como enfermos o sospechosos. Y sobre todo haciéndoles ver la necesidad de aislarlos en los Sanatorios a tal fin, evitando con ello la propagación de la enfermedad.

## B) PROTECCION SOCIAL

La protección social para el enfermo de Hansen y sus familiares se debe interpretar como obligación a prestarla por parte del Estado y la sociedad; ya que se interna, aislándose de su familia por imperio de la Ley y en bien de la sociedad.

Será contemplada en los siguientes sub-capítulos:

### 1. *Custodia de intereses del enfermo internado*

Estarán bajo control, evitándose con ello lo que sucede actualmente, que quedan descuidados y abandonados todos sus pequeños

o grandes intereses y, en algunos casos, hasta negárseles su pertenencia legal.

Expondrán los enfermos o familiares, en todos los casos, sus problemas de esta índole a las visitadoras, las que existirán a razón de una para cada Dispensario Dermatológico, la que elevará por intermedio del médico del Dispensario, a la Dirección de Dermatología (Sección Servicio Social) todas sus actuaciones y sugerencias, para que ésta pueda solucionar cada caso en particular y por intermedio de quien corresponda.

En cuanto a los internados que deseen solucionar sus problemas, expondrán directamente al representante legal que la Sección Servicio Social enviará periódicamente a este fin, a casa Sanatorio-Colonia.

## 2. *Asesoría Legal*

Todos los problemas de índole legal que se plantearan por situación de interés o de orden familiar a los enfermos internados, deberán ser orientados por esta Dirección ante una Asesoría Legal, que aconsejará los medios para llegar a una solución que contemple el interés de los internados, interés que hasta ahora no se ha visto protegido, debiendo el enfermo tramitar sus asuntos por intermedio de personas que no siempre son capaces u honestas, o bien fugándose de los establecimientos para resolverlos personalmente.

La Sección Ayuda Social de esta Dirección comunicará a todos los internados en los Sanatorios-Colonias, la creación de la misma y las funciones beneficiosas que llenarán para ellos.

## 3. *Ayuda a la familia*

Se conseguirá que los miembros o familiares del enfermo internado no carezcan de las necesidades elementales que se les presentan siempre, cuando el jefe es substraído del seno de la familia. Motivo éste de las frecuentes fugas de los establecimientos oficiales, pues viven constantemente preocupados por los problemas de orden económico que se les presentan a los suyos abandonados. Esto se solucionaría con la sanción de una Ley en ese sentido; además, si se consiguiere dicha Ley, el resultado sería muy superior a la construcción y mantenimiento de preventorios, que en ese caso no se necesitarían, pues la ayuda a la familia sin separación de la misma, es el ideal. Esta ayuda sería basándose en un término medio de las entradas que hubiere tenido el enfermo internado, durante el año anterior a su aislamiento; es decir: controlado en términos generales, el promedio de entrada arroja la cifra de $ 160. Correspondiéndole un 50 por ciento a la esposa y un 10 por ciento por cada hijo menor;

ejemplo: matrimonio con cuatro hijos menores, cobraría el 50 por ciento de la madre y un 40 por ciento por los cuatro hijos, lo que daría un 90 por ciento, o sea $ 144.

Si los hijos son mayores de edad, varones y no casados, se descontaría por cada uno un 25 por ciento. Es decir, que con dos hijos mayores de edad, sin haber menores, no correspondería ayuda. Y para casos que hayan mayores y menores se harían las bonificaciones y reducciones correspondientes.

Teniendo en cuenta que con esta Ley no serían necesarios los Preventorios (tan caros de construcción y mantenimiento), no se separarían los hijos de la madre, y pensando que además a los pocos años dejaría de ser oneroso al Estado, porque lógicamente los hijos serán mayores todos con el tiempo, es que propondremos y auspiciaremos la sanción de una ley de ayuda a la familia del hanseniano internado.

Complementaria a la Ley quedarían a resolverse el problema de hijos menores, huérfanos de madre y con padre enfermo internado, para los cuales se habilitarán lugares adecuados en los Asilos de huéfanos, o se trataría, en los casos de excepción, de solucionar con la colocación familiar.

*Peculio de enfermos.* — Actualmente existe una partida que se gira en forma mensual a los Sanatorios-Colonias a objeto de que con ella se abone, en calidad de pequeño jornal, a aquellos enfermos que trabajan en la zona infecta. Con ese dinero ellos ayudan a sus familiares cuando lo requieren; claro que la retribución es tan escasa, hasta por el número de enfermos a distribuir, que se solicitará y a la mayor brevedad, aumento de esta partida para todos los Sanatorios-Colonias, para que de tal manera puedan beneficiarse en forma mayor y en mayor número los enfermos internados.

### c) ASISTENCIA

Es la parte fundamental del plan a ejecutarse y a la que hay que dedicarle especial interés, para que ella sea beneficiosa en todos sus aspectos.

La parte asistencial se subdivide en: Asistencia a la familia y asistencia al enfermo.

#### 1. *Familia*

Constituyendo la familia del enfermo, por haber convivido con él, la que se halla más expuesta al contagio, se extremarán las medidas de prevención y profilaxis en ella; actuando en forma distinta con los mayores y menores de la misma, pues, para los primeros será obligatorio el examen periódico de convivientes, y para los segundos se recurrirá a los Preventorios.

*Examen de convivientes*

Con la revisación sistemática y periódica en forma trimestral, del examen de los convivientes, conseguiremos pesquisar en forma los casos nuevos de lepra. Este examen de convivientes precoz será efectuado por los dispensarios Dermatológicos, los que tendrán un fichero completo y siempre actualizado de los convivientes de enfermos, y serán los encargados de hacer que cumplan periódicamente con él. Este examen será completo: clínico, baciloscópico e inmunológico.

Proveerán a todos ellos de un carnet donde consten todas sus revisiones anteriores, con su resultado perfectamente asentados, y les será obligatorio enseñarlo cuando las autoridades de la Dirección lo soliciten en sus domicilios o cuando recurrieren en calidad de visitas a los Sanatorios-Colonias.

*Preventorios para hijos menores*

*Fundamento.* — El principio profiláctico en el que está basada la utilidad de los Preventorios es aquel de que, los hijos de leprosos inmediatamente apartados, luego del nacimiento, del foco infectante, no contraen la enfermedad. El número de casos contagiados de hijos de leprosos bacilíferos, está en relación directa con su tiempo de permanencia al lado de los padres.

*Candidatos a internación.* — Los hijos sanos de padres leprosos que no puedan permanecer en el seno familiar, ya sea por peligro de contagio o por falta de medios, serán aquellos que conjuntamente con los huérfanos o carentes de familiares, se internarán en estos establecimientos.

*Número de preventorios.* — Serán dos, uno para varones y otro para mujeres, con pabellones especiales para los de mayor edad.

*Número de camas.* — Se calcula aproximadamente el número de camas necesarias como el del 20 por ciento de aquellas que hagan falta para internar leprosos. En nuestro país se necesitarían aproximadamente unas mil camas.

*Ubicación.* — Estarán, por razones lógicas, alejados de los leprosarios y de preferencia, se ubicarán en zonas urbanas o suburbanas próximas, para facilitar la atención médica y educativa de los menores internados.

*Estructura del preventerio.* — El establecimiento estará dividido en tres secciones: una sección médica, otra educacional y una sección administrativa.

*Sección médica.* — Constará con una «creche» con su correspondiente sala cuna, dormitorios, lactario, cocina dietética y jardín de infantes. Estará ubicada pues, en un solo bloque, la organización destinada a la asistencia de los internados menores de edad.

Habrá también un pabellón de observación, donde se ubicará a los recién internados durante un tiempo prudencial, en el cual se le realizarán todos los análisis pertinentes destinados a establecer la condición de salud. Asimismo se tratarán todas las dermatosis banales que estos niños suelen padecer por provenir de medios muchas veces incultos.

En los pabellones generales se alojarán los internados. La enfermería constará de diversos consultorios externos donde atenderán el dermatólogo, el pediatra, el otorrinolaringólogo, el oftalmólogo y el odontólogo. Constará, asimismo, de una pequeña sala de internación para los casos que así lo requirieran.

*Sección educacional.* — Constará de escuela primaria y se impartirá también educación secundaria; la educación técnica y profesional será impartida en talleres y en una pequeña granja; a las internadas del sexo femenino se les enseñarán nociones de economía doméstica y, puericultura, que practicarán con los internados menores.

*La educación física.* — Será impartida en forma racional y obligatoria por profesores especiales.

*Sección administrativa.* — Constará de los empleados indispensables para el desarrollo normal del establecimiento.

*Control.* — Los preventorios estarán mensualmente controlados en su aspecto técnico y administrativo por la Dirección de Dermatología que vigilará su buena marcha y estado sanitario.

### 2. *Enfermos*

Serán considerados los enfermos en dos grandes grupos: aquellos que por su forma clínica y peligrosidad deberán ser internados o realizar tratamiento dentro de su domicilio, y aquellos que se asistirán en forma ambulatoria en los dispensarios dermatológicos.

Estarán sometidos todos ellos a lo que la Ley 11.359 y su reglamentación ordenan y aconsejan.

### Dispensario en zonas de mayor endemia

Se comenzará previamente a transformar el dispensario anexo a esta sección, con sede en la Capital Federal, en un Dispensario Dermatológico modelo. Posteriormente se procederá a la creación de nuevos dispensarios en las zonas consideradas de mayor endemia, en base al número de enfermos conocidos.

*Dispensario Dermatológico Modelo de la Capital Federal.* — Tendrá a su cargo, como todos los demás dispensarios a crearse en el país, las siguientes funciones:

*a*) Examen periódico de convivientes.
*b*) Tratamiento de formas no contagiantes.

c) Vigilancia de los enfermos dados de alta.
d) Control del Art. 9.° y de los establecimientos particulares.
e) Búsqueda de nuevos casos.
f) Censo permanente.
g) Diagnóstico diferencial de casos dudosos.
h) Transporte y distribución de enfermos.
i) Fichero regional.
j) Educación progresiva.
k) Propaganda.

Además servirá para que estudiantes y médicos que aspiren a cargos en los diferentes sanatorios-colonias, realicen cursos de aprendizaje de la especialidad, que serán completados con permanencia y contacto diario con los enfermos internados en el Sanatorio-Colonia Buenos Aires, de General Rodríguez (ley 11.359).

Será un centro de investigaciones, por lo que contará con un laboratorio central destinado a ello, y dotado de todo lo necesario. Investigará con los enfermos que a él concurran y con los internados del Sanatorio-Colonia Buenos Aires (General Rodríguez).

En una palabra, este dispensario modelo será el pilar inicial del Instituto de Dermatología.

Su zona de influencia será la Capital Federal y las zonas suburbanas.

*Personal que contará:*

Un médico para examinar los enfermos.
Un médico para examinar los convivientes.
Un médico inspector.
Una visitadora.
Un enfermero.
Una enfermera.
Un empleado administrativo.
Un chauffeur.
Un ordenanza.
Un peón de limpieza.

*Demás Dispensarios Dermatológicos proyectados.*

*Funciones a llenar*: Serán las mismas que las del Dispensario modelo de la Capital Federal.

*Ubicación*: En las zonas de mayor endemia leprosa, en sitios poblados y con buenos medios de comunicaciones. Se colocarán en lugares alejados del centro de la población, tratando de no hacer ostensible el que son leprosos los que se tratan en dicho Dispensario, así se llamarán Dispensarios Dermatológicos y no Leproló-

gicos, evitando chapas, enseñas o divisas con dicho término: sólo así se precaverá un justificado ausentismo.

*Números*: Serán 17 Dispensarios y estarán situados en:

1. Capital Federal
2. La Plata
3. Tandil
4. Santa Fe.
5. Rosario (Santa Fe).
6. Paraná (Entre Ríos)
7. Concordia (Entre Ríos)
8. Corrientes
9. Mercedes (Corrientes)
10. Posadas (Misiones).
11. Formosa.
12. Resistencia. (Chaco).
13. Salta.
14. Tucumán.
15. Santiago del Estero.
16. Mendoza.
17. Córdoba.

*Zona de influencia*: Los Dispensarios tendrán un carácter *dinámico* y no estático. El personal del Dispensario no esperará que el enfermo o el conviviente concurra al local, sino que irá a la búsqueda de casos nuevos, recorriendo periódicamente la zona de influencia que se le asigne, con la ambulancia con que contará.

*Dependencias*:

1) Consultorio leprológico. { Sala de exámenes / Sala de curaciones.
2) Consultorio de convivientes.
3) Sala de espera, con separación entre sanos y enfermos.
4) Fichero y servicio social.
5) Despacho médico y pequeño laboratorio.

*Personal*:

Un médico dermatológico, con versación leprológica.
Una visitadora.
Un ayudante de laboratorio y secretario dactilógrafo.
Un enfermero.
Un chauffeur.
Un ordenanza y peón de limpieza.

*Ambulancia.* — Cada Dispensario Dermatológico tendrá ambulancia propia. Esto es debido al carácter dinámico que se le asigna a dicho Dispensario. Además, solucionará el problema del transporte

de los enfermos que deban internarse en los Sanatorios-Colonias, que lo harán en estos vehículos.

### Artículo 9.° de la Ley 11.359 y su Fiscalización

El beneficio que acuerda la Ley 11.359 en su Art. 9.°, es para aquellos enfermos que a pesar de ser contagiosos, a raíz de que se encuentran en condiciones económicas favorables para afrontar su aislamiento y tratamiento en su domicilio y sin salir de él, se les autoriza, haciéndose excepción con ellos, a que efectúen su tratamiento en forma domiciliaria; siendo requisito indispensable llenar una serie de condiciones. Cuando algunas de estas condiciones no se cumpla, el enfermo acogido a los beneficios del Art. 9.° los perderá, debiendo inmediatamente cambiar su régimen por el de aislamiento obligatorio en Sanatorios-Colonias.

La fiscalización posterior al otorgamiento de este artículo, no se ha hecho nunca por falta de personal, pudiendo muy bien dichos enfermos dejar de cumplir con las exigencias de la Ley y siendo verdaderos propagadores de la enfermedad; por eso la Dirección de Dermatología, restringirá en todo lo posible conceder dichos beneficios, y para los casos que se concedan, como los ya concedidos hasta la fecha, serán fiscalizados periódicamente para ver si cumplen o no con las medidas, sobre todo de profilaxis, y de tratamiento exigidas por él.

## PLAN DE CONSTRUCCION DE NUEVOS LEPROSARIOS

*Sanatorios-Colonias en funcionamiento*:

| | Capacidad |
|---|---|
| «Maximiliano Aberastury» (Isla del Cerrito, Chaco) | 250 |
| «José J. Puente» (San Fco. del Chañar, Córdoba) | 160 |
| «Posadas» (Misiones) | 160 |
| «Buenos Aires» (General Rodríguez) | 650 |
| Total | 1.220 |
| *A habilitarse*: | |
| «Diamante» (Prov. de Entre Ríos) | 250 |
| *A construirse*: | |
| Tucumán (Capital) | 500 |
| Santa Fe (Capital) | 500 |
| Rosario (Santa Fe) | 500 |
| Mercedes (Corrientes) | 500 |
| Roque Sáenz Peña (Chaco) | 500 |
| Tandil (Prov. de Buenos Aires) | 500 |
| Total | 4.480 |

*Camas en la actualidad*: 1.220.

| | |
|---|---|
| Enfermos fichados .................. | 5.714 |
| % de enfermos internados ............ | 20 % |

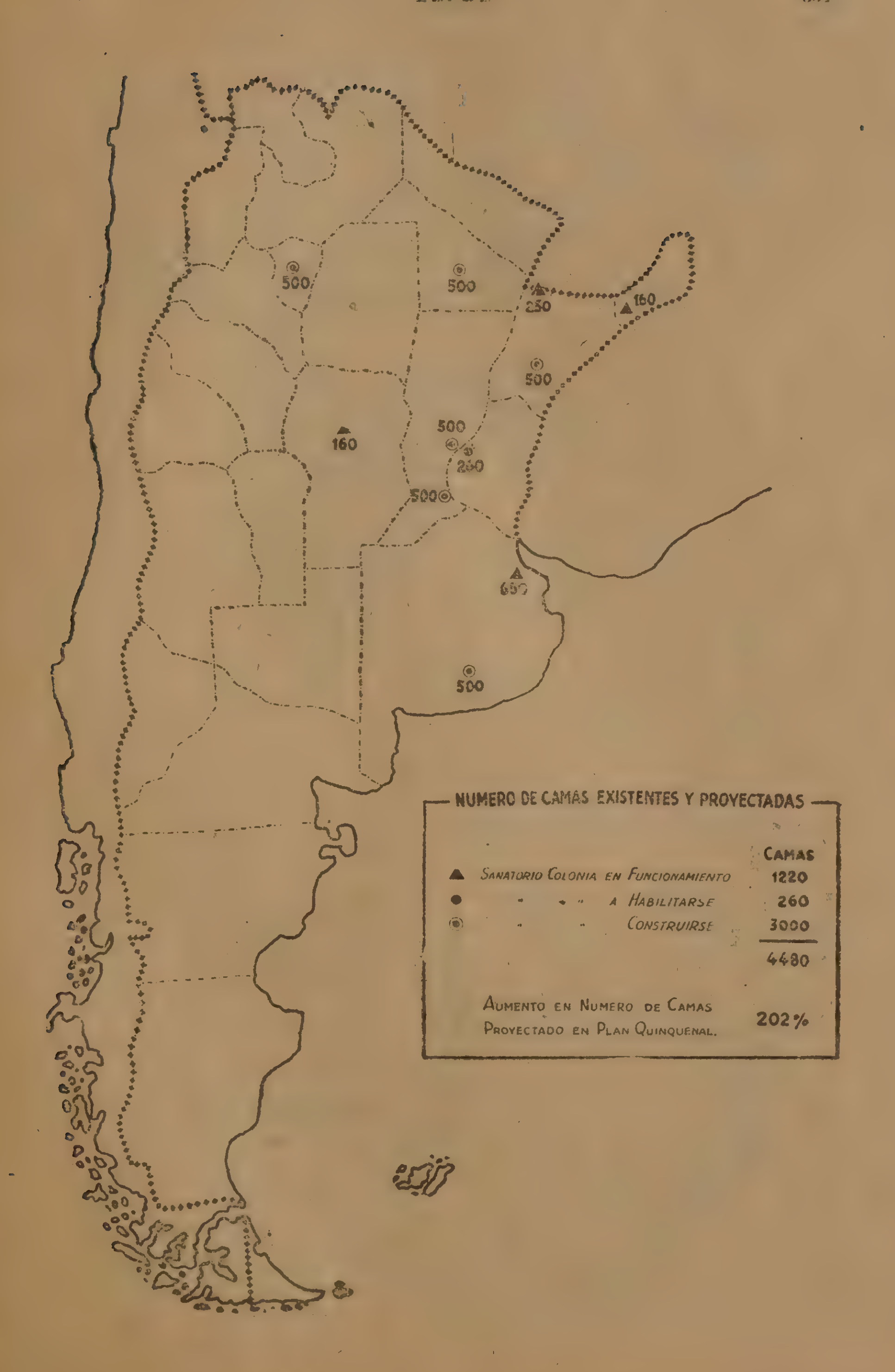
*Camas con que contaríamos*: 4.480.

| | |
|---|---|
| Enfermos fichados .................. | 5.714 |
| % de enfermos internados ........... | 78 % |

Cifra suficiente, teniendo en cuenta los casos no contagiosos y por tanto no internables. En una palabra, conseguiríamos el aislamiento de todas las formas contagiosas.

En todos los casos serán construídos, lo más cercano posible a los grandes centros poblados, facilitándose así la visita de parientes y abaratando las provisiones.

Se construirán, primero, el de Santa Fe y Chaco, por ser los más necesarios; el primero, por tratarse de la provincia que más leprosos posee, y el segundo, por ser el lugar de la República que acusa el mayor porcentaje de formas lepromatosas.


500
500
250
160
500
500
160
260
500
650
500
NUMERO DE CAMAS EXISTENTES Y PROYECTADAS
CAMAS
Sanatorio Colonia en Funcionamiento 1220
" " a Habilitarse 260
" " Construirse 3000
4480
Aumento en Numero de Camas Proyectado en Plan Quinquenal. 202%


Salta
Tucuman
Sgo. del Estero
Isla del Cerrito
Posadas
Resistencia
Corrientes
Mercedes
S. E. del Chañar
Cordoba
Sta. Fe
Concordia
Diamante
Mendoza
Capital Federal
La Plata
Gral. Rodriguez
Tandil
REFERENCIAS
Instituto de Leprologia
Preventorio
Hospital
Dispensario
Hospital de Transito

## HOSPITALES DE TRANSITO

En todos los casos, en las ciudades próximas a donde se hallen establecidos los Sanatorios-Colonias, se dispondrá de tal manera, que exista en el hospital de infecciosos de la localidad un pequeño pabellón para que los enfermos denunciados y que se hallan en observación, esperando confirmación diagnóstica, puedan ser alojados hasta su traslado posterior al Sanatorio-Colonia correspondiente. En esta condición y para llenar tal finalidad, ya se cuenta con un pabellón en el Hospital «Muñiz» en la Capital Federal, para los que van a ser internados posteriormente en el Sanatorio-Colonia «Buenos Aires» (Gral. Rodríguez); en Corrientes tenemos lo mismo, en el Hospital de infecciosos «Angela Iglesia de Llano», para los que van a ser llevados al Sanatorio-Colonia «Maximiliano Aberastury» (Isla del Cerrito, Chaco); y en Rosario contaríamos a tal fin con los pabellones que tiene para enfermos de Hansen el Hospital «Carrasco».

Los Sanatorios-Colonias que no cuenten con esta facilidad del Hospital de Tránsito, no tendrán otra solución que habilitar ellos en el establecimiento un pabellón de observación, que estará fuera de la zona de enfermos, y del cual pueda salir sin haber estado en contacto con ellos, cualquier persona que haya estado internada en calidad de observación; pues muchas veces solamente el estudio anatomo-patológico de las posibles lesiones y su complemento, el estudio inmunológico, pueden sacarnos de dudas aclarando el diagnóstico. Y para todo esto son necesarios de veintiuno a cuarenta días, término medio, tiempo éste que estaría todo sospechoso en el pabellón de observación.

## COLONIA DE ENFERMOS

Se encarará a los Sanatorios-Colonias como su nombre bien lo indica: verdadera colonia, donde la vida del enfermo hanseniano (con capacidad de trabajo totalmente conservada) pueda desarrollarse en forma tal, que sea atrayente y llevadera para el mismo, donde pueda sentirse útil y desarrollar su vida lo más normalmente posible.

Se confeccionará y entregará a cada Sanatorio-Colonia su reglamento interno (hasta la fecha carecen de él), donde no solamente estarán consignados los derechos y obligaciones de empleados sanos, sino también el de los enfermos.

*Pabellón Psiquiátrico.* — Se destinará dentro de las ampliaciones que se están haciendo en el Sanatorio-Colonia de General Rodríguez, un pabellón para albergar en él todos los hansenianos alienados que hubiere en el país; tratando con ello de centralizarlos para ser atendidos por un médico psiquiátra, a la par que no servirán de escándalo estando, como están, en los distintos sanatorios colo-

nias y en pabellones comunes, constituyendo hasta un verdadero peligro para los compañeros de pabellón.

*Pabellón carcelario.* — Así como se destinará en el Sanatorio-Colonia de General Rodríguez un pabellón para hansenianos alienados, se destinará en el Santorio-Colonia de la Isla del Cerrito uno para procesados o delincuentes condenados, proveyéndoseles de la policía necesaria para custodia de los mismos.

*Fichero iconográfico.* — Se proveerá a cada Sanatorio-Colonia de un equipo fotográfico para que cada enfermo sea fotografiado a su ingreso, logrando con ello el fichero iconográfico, indispensable para valorar debidamente el beneficio terapéutico y extraer conclusiones. Al mismo tiempo servirá para todas las investigaciones que se pueden efectuar con terapéuticas nuevas, indicándonos la evolución de la enfermedad en cada uno de ellos, sobre todo, cuando sean candidatos a altas.

*Ampliación de los Sanatorios-Colonias ya existentes.* — Se ampliarán los Sanatorios-Colonias ya existentes, pues aun cuando mantengan su carácter de regionales, resultan pequeños en capacidad para albergar los enfermos de la zona. Por ejemplo, el de «Posadas» (Misiones), con 160 enfermos y capacidad colmada, sabiendo que en el Territorio de Misiones existen aproximadamente 300 enfermos contagiosos para internación.

*Separación dentro de los Sanatorios-Colonias de los enfermos por formas clínicas.* — Se dispondrá que en lo sucesivo, los enfermos internados en todos los Sanatorios-Colonias estén aislados en los distintos pabellones, de acuerdo a sus formas clínicas y grado evolutivo de la enfermedad. Así tendremos pabellones para no videntes e imposibilitados, pabellones de ulcerosos, pabellones para formas nerviosas, para formas lepromatosas y un pabellón para los que están en vías de conseguir su alta por encontrarse ya con baciloscopía negativa.

La Dirección de Dermatología auspiciará, en el futuro y propondrá para mejor atención médica de los internados, a profesionales con vocación y si es posible en todos los casos llenar las vacantes previo concurso de competencia; esto será perfectamente factible, teniendo en cuenta que se inaugurarán o crearán cursos de aprendizajes y perfeccionamiento de la especialidad para practicantes y médicos.

*Mecánico dentista.* — Se dotará de esta atención a todos los Sanatorios-Colonias, pues el número de enfermos con falta de dentadura obliga a crear este servicio indispensable y tan necesario.

## ORGANIZACION DEL TRABAJO DEL ENFERMO
### *«Laborterapia»*

Será rápidamente encarada y solucionada la laborterapia en los Sanatorios-Colonias, pues si en establecimientos de otra naturaleza

es necesaria, en estos es imprescindible (tratándose de enfermos que físicamente se hallan en condiciones de trabajar), llenando con ello indicaciones de orden moral y terapéutico; en el primer caso porque se sienten útiles a sí y a la sociedad, aparte de que con el producto del trabajo pueden ayudar a sus familiares, combatiendo el ocio que siempre es perjudicial para enfermos crónicos y en cuanto a la ayuda terapéutica, porque desarrollarían una vida sana al aire libre en lugar de estar en pabellones la mayor parte del día.

El pago a los enfermos, con salarios desde 2 a 5 pesos diarios, otorgando el 50 por ciento a los familiares, se encuentra en vigencia desde diciembre de 1946.

De esta manera el presupuesto actual en concepto de peculios que cuenta cada Sanatorio-Colonia para remunerar en calidad de jornal a los enfermos que trabajan, será para ayudar en forma más equitativa a los que guardan cama por estar imposibilitados para trabajar.

Además, con la laborterapia se ayudaría al sostén del mismo establecimiento, por cuanto éstos les comprarán y en condiciones ventajosas a los mismos enfermos, quienes no tienen gastos de acarreo y personal como tienen actualmente las casas proveedoras.

Por intermedio de un ingeniero agrónomo, único para todos los sanatorios-colonias, que viajará frecuentemente a ellos, se asesorá a los internados en todo lo concerniente para mejor aprovechamiento de su trabajo (épocas propicias para tal o cual plantación, plantaciones aconsejadas de acuerdo al clima y suelo donde se encuentren, etc.). En capítulo XXXVIII se dan más detalle sobre laborterapia.

## FISCALIZACION DE LOS ENFERMOS DADOS DE ALTA

La fiscalización de los enfermos dados de alta de los distintos Sanatorios-colonias, estará a cargo de los dispensarios Dermatológicos, donde ingresarán en calidad de enfermos ambulatorios, para seguir allí el tratamiento indicado en cada caso y ser revisados periódicamente, para ver si se hallan en condiciones de seguir con ese régimen.

*Alta hospitalaria.* — Se otorgará a aquellos enfermos en que sus análisis clínicos y bacterioscópicos de piel y ganglios practicados mensualmente, hayan resultado negativos, durante un período de dos años en las formas lepromatosas; de un año y medio en las inflamatorias simples, y de un año para las tuberculoides reaccionarias.

Y cuando se trate de altas hospitalarias en sentenciados o alienados, ellos serán encaminados a los establecimientos competentes, fuera de los Sanatorios-colonias.

*Alta condicional.* — Se otorgará a aquellos enfermos que llevando 5 años de alta hospitalaria y cumpliendo regularmente su tra-

tamiento, se hayan mantenido en estado de no contagiosidad. Estos también serán controlados por los Dispensarios Dermatológicos.

*Censo permanente.* — Se actualizará el censo que actualmente posee la Dirección de Dermatología, lo que será tarea relativamente fácil cuando estén en funcionamiento los 17 Dispensarios Dermatológicos, pues los médicos a cargo de cada uno de ellos tendrán que ponerse en contacto con todos los colegas de los mismos, pidiendo su colaboración y denuncia de todos los casos que conozcan.

Además, será iniciado dicho trabajo de actualización del censo y en forma permanente por comisiones de médicos especializados, que recorrerán las zonas afectadas, procediendo al examen y fichado de los enfermos, familiares, convivientes y sospechosos. Se inspeccionarán las escuelas, talleres y centros colectivos donde hubieren concurrido los pacientes o sus familiares, tratando en lo posible de obtener la colaboración y asesoramiento de las autoridades sanitarias y policiales locales y de los médicos de la zona.

Se depurará el censo actual en el sentido de que en él constan muchos que posiblemente han fallecido y que, por no haberlos tenido fiscalizados, escaparon a las autoridades sanitarias.

*Fichero y subficheros.* — De un fichero madre, que será consecuencia lógica del levantamiento y actualización del censo, surgirán todos los subficheros necesarios para la identificación inmediata de los enfermos hansenianos del país; y así tendremos subficheros de: fallecidos, internados, los que hacen tratamiento ambulatorio de acuerdo a su no contagiosidad, los que realizan tratamiento domiciliario por haberse acogido al Art. 9.° de la ley 11.359, los dados de alta de los diferentes Sanatorios-colonias, los fugados de los mismos de acuerdo a su forma clínica; de acuerdo a la zona de procedencia, profesión, sexo, etc.

*Investigación.* — El hecho de no conocerse en forma exacta el mecanismo de transmisión de la lepra, la existencia o no de posibles vectores, abre un amplio campo para la experimentación en la lepra. También dentro de la inmunología, la bacteriología, la hispatología, se plantea una serie de problemas para resolver. En la terapéutica, la revaloración de los medicamentos clásicos y el estudio de las modernas terapéuticas, implican también otra tarea investigadora, clínica y experimental, para establecer su real eficacia.

Los factores biológicos: raza, sexo, edad, etc.; los factores mesológicos: influencia del clima, terreno, etc.; los factores sociológicos relacionados con la composición de la población, capacidad económica del enfermo, influencia de las diversas profesiones, factores inmigratorios que modifican la endemia, etc.; estudios históricos que informen sobre la génesis y el desenvolvimiento de la lepra en nuestro territorio, son investigaciones que deberán realizarse.

Todo este conjunto de estudio a realizarse, depende no sólo de la capacidad científica del investigador, sino también del estímulo y de la ayuda material que provea el Estado. Por eso el Instituto de Investigaciones Leprológicas realizará una misión proficua, no sólo en el terreno de lo especulativo, sino también con consecuencia de útil trascendencia sanitaria y profiláctica.

*Formación de médicos leprólogos.* — La Dirección de Dermatología tendrá a su cargo el desarrollo de los cursos donde se enseñe todo lo relativo a dicha especialidad. Estos cursos serán de dos tipos. Uno, elemental para estudiantes y médicos que tengan interés en adquirir conocimientos de dignóstico diferencial, terapéutica, etc. El otro, de especialización donde se profundizarán los diversos tópicos que abarca la leprología, que deberá ser seguido por todos aquellos que aspiren a cargo en los leprosarios, dispensarios, preventorios o cualquier establecimiento dependiente de la Dirección de Dermatología. El médico que haya seguido el curso teórico y el período de aplicación recibirá un certificado de médico Leprólogo, previo examen.

Asimismo se darán cursos destinados a la formación de personal subalterno, enfermeros, ayudantes, etc.

*Censos*: En esta Dirección se centralizará el resultado de los censos que se realicen. El punto de partida de una campaña antileprosa, es una encuesta censitaria que permita levantar el mapa leprológico del país y en base a él, atender las diversas necesidades verificadas.

Un censo extensivo será lo más práctico y económico, permitiendo establecer los índices de morbilidad e índices de contagiosidad, la preferencia por determinadas edades, el índice sexo, etc., datos indispensables para el correcto planteo de la campaña.

El censo tendrá carácter de permanente, pues será actualizado por los médicos de los Dispensarios Dermatológicos en sus recorridas, y por las denuncias de carácter obligatorio que deben realizarse por imperio de la ley 11.359, por cualquier médico particular que tendrá conocimiento de algún caso de lepra.

*Becas:* Las becas serán internas y externas, serán otorgadas a los funcionarios de la Dirección para que completen sus conocimientos. También podrán ser otorgadas a cualquier médico que lo solicitara comprobando sus antecedentes de dedicación a la leprología y su interés evidente por el tema, previa opinión de la Dirección de Dermatología.

Las becas en el exterior podrán otorgarse para países como Brasil, Filipinas, India, en los cuales el desarrollo de la endemia ha obligado a la organización de un gran servicio antileproso en países como Estados Unidos que, pese a su reducido índice de morbilidad, posee leprosario modelo (Carville), donde actualmente se

ensayan nuevos medicamentos que al parecer mejoran notablemente la enfermedad.

Se establecerán premios para estimular la investigación leprológica, especialmente entre los médicos dependientes de la Dirección de Dermatología.

*Laboratorio Central.* — Con el objeto de realizar las investigaciones bacteriológicas y anatomo-patológicas de rutina, y destinada a la elucidación diagnóstica, el dispensario modelo situado en la Capital Federal poseerá un laboratorio. Este laboratorio tendrá el carácter de central, pues atenderá las necesidades de la Capital Federal y realizará las investigaciones pedidas por los leprosarios, dispensarios, preventorios o de cualquier institución o médico que así lo requiriera. Con ese objeto, se proveerá de envases especiales para el envío de las muestras del material a examinar.

Además, se realizarán en este laboratorio las investigaciones originales, y toda la parte laboratorial del futuro Instituto de Investigaciones Leprológicas. Deberá constar dicho laboratorio, de un médico Anatomo-patólogo, con dedicación y experiencia leprológica, y personal técnico adecuado.

## RELACION CON EL PROYECTO DE CODIGO SANITARIO

*Ley de Bases:*

*Art. 2.º — Inciso C: La acción sanitaria en todo el territorio de la República debe ser ejercida por el Poder Central:*

*c) En lo referente a la prevención y erradicación de las endemias regionales, enfermedades cuarentenales o de grave peligro para la comunidad y las sociales y de otra, suceptibles de asumir esos caracteres..*

La lepra debe ser combatida por un organismo dependiente del poder central, pues ha sobrepasado su carácter de endemia regional, limitada a la zona mesopotánica, para constituir un problema médico y social en todo el territorio de la República.

*Ley de Bases:*

*Art. 2.º — Inc. D: Queda a cargo de la Secretaría de Salud Pública la acción de velar por el cumplimiento de las finalidades enunciadas en el artículo anterior, proveyendo, en su caso, a la concertación de convenios con los Estados provinciales, en aquellas materias que por su naturaleza no competen al poder central.*

La secretaría de Salud Pública, por intermedio de la Dirección de Dermatología, velará por el cumplimiento de lo establecido en el artículo anterior, en lo que a la endemia leprosa se refiere.

*Ley de Bases:*

*Art. 3.º — Inciso 1) Realizar y estimular el estudio y la investigación de los problemas sanitarios y de asistencia social.*

Como la investigación y el estudio de problemas tan arduos como los planteados por la endemia leprosa no pueden ser encarados en forma eficiente por individuos aislados, pese a la capacidad que tuvieren, deben quedar a cargo de la Dirección de Dermatología. La que en su laboratorio central y futuro Instituto de Investigaciones Leprológicas deberá estudiar los numerosos interrogantes epidemiológicos, terapéuticos, clínicos, laboratoriales, sociales, etc., y tratará de encontrarles adecuada solución. Asimismo estimulará y proveerá de ayuda material a la investigación privada.

*Inciso 2) Organizar y aplicar las medidas que los principios de la higiene y medicina preventiva, hicieran aconsejables.*

En lo que se refiere al enfermo, las medidas higiénicas estarán destinadas a impedir la promiscuidad de los casos contagiantes con los sanos, para precaver todo posible contagio.

En lo que se refiere a las personas que han realizado convivencia con enfermos de lepra, se deberá proceder sistemáticamente y en forma periódica a su revisión. Se procederá a establecer un censo inmunológico de los convivientes, practicando el test de Mitsuda o similares, dividiéndolos, de acuerdo a los resultados, en dos grandes grupos: uno, de personas cuyas reacciones revelan un estado de relativa inmunidad, y otro, cuyas reacciones negativas indican generalmente y de acuerdo a nuestros conocimientos actuales, un estado de anergia ante el bacilo de Hansen. Este último grupo reclama un examen periódico más frecuente que el anterior.

En lo que se refiere a las colectividades, deberá dedicarse más atención al examen dermatológico en las revisaciones que se practican, con objeto de extender certificados de buena salud, enviando inmediatamente a los sujetos que padezcan lesiones sospechosas a un centro leprológico, que serán la Dirección de Dermatología o sus dispensarios, con el objeto de dilucidar el diagnóstico.

*Inciso 3). Proveer a la profilaxis y tratamiento de las enfermedades*

Se prevendrá por medio de la educación sanitaria, advirtiendo a la población sana que los riesgos de contagio son menores siguiendo las normas higiénicas, y las posibilidades de curación son mayores cuando se hace un diagnóstico precoz, el que será posible si se consulta al médico al aparecer lesiones sospechosas.

El examen sistemático de convivientes y colectividades, fábribricas-escuelas, instituciones armadas, entidades deportivas, etc., es de un enorme valor profiláctico.

El estudio sobre el terreno de los focos contagiosos, sus causas y medios para combatirlos, es también de valor indispensable.

La prohibición de casamiento entre leprosos y todavía más aún, el de éstos con personas sanas, debe ser estrictamente mantenida.

El tratamiento gratuito y obligatorio de las formas de lepra, estará a cargo del Estado, que alojará a los contagiantes en lepro-

sarios y atenderá a las formas no bacilíferas en los Dispensarios. Se proveerá gratuitamente de medicamentos antileprosos a quien, justificadamente y con certificación médica los solicitara.

Inciso 4) *Preconizar y difundir entre los profesionales de las ciencias médicas, los tratamientos que imponga el desenvolvimiento de los conocimientos científicos.*

Estará a cargo de la Dirección de Dermatología, el ensayar nuevos medicamentos y habiendo comprobado su eficacia, hacer conocer sus indicaciones, propiedades, posología, métodos de empleo entre los profesionales, suministrando folletos y esquemas donde se los especifique en forma práctica.

Inciso 5) *Determinar e imponer el aislamiento y el tratamiento de las personas que, por sus condiciones de salud, pudieran constituir un peligro colectivo, disponiendo en su caso, su internación en lugares apropiados; la observación y vigilancia sanitaria de los sospechosos y toda otra medida conducente para mantener indemne el país o disminuir la consecuencia de las infecciones.*

Las formas llamadas abiertas o bacilíferas deberán ser internadas en leprosarios para realizar su tratamiento, con un doble beneficio terapéutico y profiláctico. Aquellos enfermos que se acojan a los beneficios de internación y tratamiento domiciliario, que les concede el Art. 9.º de la Ley 11.359, estarán bajo la vigilancia de la Dirección de Dermatología, que podrá retirarles dicho beneficio en caso de que no cumplieran con las obligaciones impuestas.

Serán internados también en los leprosarios, aquellas formas que sin ser contagiosas, no pueden convivir en sociedad por motivos sociales, como ser mutilados, ciegos, enfermos que presentan lesiones inestéticas, que no pueden mantenerse por sí mismos, debiéndo ser alojados en pabellones especiales.

Existe la denuncia obligatoria de todo enfermo o sospechoso. Los leprosos extranjeros que se encuentren en las condiciones determinadas por la ley, por provenir de un país donde la lepra sea endémica y con una residencia en el país menor de cinco años, serán repatriado. La entrada al país de enfermos de lepra estará prohibida.

Inc. 6) *Organizar y coordinar las actividades tendientes a la prevención y tratamiento de las enfermedades orgánicas y degenerativas de trascendencia económica y social.*

La organización y coordinación de la lucha antileprosa en la República Argentina estará a cargo de la Dirección de Dermatología con sede en la Capital Federal, quedando bajo su dirección y control todo lo relativo a dicha lucha.

Inc. 12) *Promover, organizar y fiscalizar la educación sanitaria de la población y difundir el conocimiento de las medidas de higiene.*

Adecuadas medidas higiénicas disminuyen las probabilidades de contagio.

Educar al público y al enfermo en el sentido de que la lepra no es una enfermedad incurable, sino que en muchos casos es curable y que siempre una adecuada atención médica la mejora.

*Inc. 13) Instituir y afianzar el reconocimiento médico periódico de la población del país a fin de asegurar el diagnostico oportuno de las enfermedades y su profilaxis por el tratamiento en forma precoz, continua y completa.*

El examen periódico de convivientes de enfermos de lepra deberá ser rigurosamente hecho. Además, el certificado sanitario obligatorio deberá incluir un examen dermatológico, con fines de despistar casos de lepra, que en su inmensa mayoría es objetiva en los tegumentos.

*Inciso 14). Organizar las estadísticas vitales en todo el país; el registro clasificado de las tablas de morbilidad y mortalidad; su publicación periódica; el estudio de la geografía médica en sus relaciones con las estadísticas económicas y sociales, vinculadas con la salud pública y bienestar de la población y la publicación del «Anuario demográfico». Participar en la elaboración del plan de los censos generales o parciales de la población del país.*

En base a los datos registrados en el fichero central de la Dirección de Dermatología, obtenidos por el censo permanente y la denuncia obligatoria, y referentes a la morbilidad, mortalidad, distribución de la endemia, sexo, edad, posición social de los enfermos, etc., se organizará la estadística vital de la lepra, que permitirá resaltar sus diversos aspectos y, en esa forma, se encarará acertadamente. Anualmente se publicarán estos datos estadísticos y el mapa leprológico del país.

*Inc. 17) Ejercer la fiscalización sanitaria de la inmigración, de la emigración y de las migraciones internas.*

Este aspecto está encarado con la prohibición de la entrada de los enfermos de lepra al país y la repatriación de los leprosos extranjeros que se hallen encuadrados en lo dispuesto por el artículo 25 de la ley 11.359.

*Inc. 19) Organizar, coordinar y/o fiscalizar las condiciones higiénico-sanitarias del transporte de enfermos y cadáveres.*

Lo referente al transporte de enfermos de lepra o de los fallecidos de esta enfermedad, será regulado por la Dirección de Dermatología, que arbitrará, sugerirá y fiscalizará los medios pertinentes para realizarlos.

*Inc. 24) Fiscalizar la producción, importación, exportación, comercialización expendio de las drogas, los productos medicinales y biológicos de uso humano y animal; las aguas minerales, las yerbas medicinales; los productos a los cuales se asignen propiedades anticépticas, insecticidas u otras análogas de higiene; los cosméticos y productos para el tocador.*

Los medicamentos antileprosos nuevos, sólo serán permitidos previa opinión favorable de la Dirección de Dermatología, y se prohibirán los que ésta no considere aptos.

Los medicamentos antileprosos, sólo serán expedidos previa receta médica, que será comunicada a la Dirección de Dermatología, permitiendo en esa forma controlar y conocer nuevos casos que no habían sido denunciados.

Las instituciones que tratan enfermos de lepra, serán provistas, previa fiscalización, de medicamentos antileprosos en forma gratuita.

*Inc.* 35) *Organizar, coordinar y fiscalizar el régimen higiénico-sanitario de los cadáveres, cementerios y crematorios.*

Lo relativo al problema sanitario que plantea el *destino del cadáver de los leprosos,* puede ser resuelto por la Dirección de Dermatología en forma que concilie los preceptos higiénicos con los sentimientos y creencias religiosas de los enfermos. En los leprosarios, una de las medidas que levanta más resistencia en los enfermos, es la cremación de los cadáveres, pero actualmente debe considerarse que esta medida no es necesaria, no precisándose medidas excepcionales, que difieren de las condiciones higiénicas requeridas para la exhumación en cementerios.

*Inc.* 49) *Promover la construcción, ampliación y reforma de los establecimientos públicos destinados a fines sanitarios o asistenciales; acordar o denegar la autorización para fundar nuevos establecimientos o ampliar los existentes; determinar su ubicación; dar normas y adoptar programas en su consecuencia y proveer a su construcción.*

Los nuevos leprosarios, dispensarios y preventorios serán ubicados y construídos de acuerdo a las necesidades y normas que informe la Dirección de Dermatología; asimismo, las ampliaciones o reformas de los ya existentes.

El reglamento por el que se regirán estos establecimientos, está siendo redactado por una comisión designada a tal efecto, por resolución ministerial, de la que forman parte el jefe y subjefe de la ex-Sección Dermatología.

*Inc. 50). Acordar o denegar la autorización para fundar o establecer nuevos establecimientos privados de asistencia médica o social, o ampliar los existentes.*

Todo proyecto para fundar establecimientos privados para asistencia de leprosos, será sometido a dictamen de la Dirección de Dermatología, que sólo en casos muy excepcionales podrá autorizarlos, quedando siempre sometidos a su jurisdicción.

*Inc.* 51) *Promover la creación y estimular el desarrollo de las obras e iniciativas públicas o privadas, tendientes a satisfacer*

*fines sanitarios, médico-sociales y de asistencia social; coordinar su acción y fiscalizar su desenvolvimiento.*

Las asociaciones que tienden a la asistencia social del leproso (Patronatos, ligas religiosas, etc.), serán controladas y asesoradas por la Dirección de Dermatología.

*Inc.* 52) *Autorizar y fiscalizar el funcionamiento de los establecimientos privados destinados al tratamiento de las enfermedades y a la asistencia médico-social.*

Los establecimientos privados destinados actualmente al tratamiento y asistencia social de leprosos, deberán estar autorizados y controlados por esta Dirección.

*Inc.* 56) *Promover, organizar y/o proveer la formación y el perfeccionamiento de médicos higienistas, epidemiólogos y otros especializados en problemas de salud pública; ingenieros sanitarios, laboratoristas, enfermeras, visitadoras, asistentes sociales, dietistas y otros técnicos o auxiliares sanitarios.*

La formación de médicos leprólogos estará a cargo de la Dirección de Dermatología, que dará cursos teórico prácticos, con un tiempo de internado obligatorio en leprosarios. Se otorgará un certificado de médico leprólogo, indispensable para ocupar cargos en los establecimientos dependientes de ella. Asimismo, se formará personal subalterno, ayudante, enfermero, etc.

*Inc.* 57) *Organizar la carrera de su personal técnico, asegurando el ingreso por concurso, su estabilidad y el ascenso por antigüedad calificada.*

Dentro de la Dirección de Dermatología se establecerá la carrera de médico leprólogo: El ingreso será por concurso y se estimulará al personal por ascenso y traslados al Establecimiento de mayor jerarquía y más próximo a la Capital Federal. Se tendrá en cuenta, en forma especial para los ascensos: la antigüedad calificada por la dedicación y los trabajos científicos.

*Inc.* 58) *Aplicar y promover la aplicación de las sanciones previstas para los infractores de las disposiciones de la legislación sanitaria, de las que se dicten en consecuencia y de las contenidas en sus reglamentaciones y decretos.*

La Dirección de Dermatología establecerá los casos en que deban ser aplicadas las sanciones que la Ley 11.359 y su reglamentación determinan para los infractores de sus disposiciones.

## ORDEN DE PRELACION

## 1947

Todo lo relativo a la lucha antileprosa deberá estar subordinado en todo el territorio de la República a un organismo central, de carácter nacional dependiente de la Secretaría de Salud Pública, a

objeto de rendir el máximo beneficio. Siendo la endemia un problema nacional, no puede ser resuelto en forma parcial o regional, sino que debe ser afrontado en forma integral y en absoluta coordinación de todos los mecanismos integrantes, bajo una única dirección.

Esta organización central comprenderá en forma directa a los establecimientos dependientes de la Secretaría de Salud Pública actualmente existentes y los que se crearen (Sanatorios, hospitales de tránsito, dispensarios, etc.); tendrá control sobre aquellos organismos de índole particular o de beneficencia; y coordinación con todos los establecimientos asistenciales oficiales que no dependan actualmente de dicha Secretaría. Sus funciones y la forma en que se desenvolverá, están explicadas detalladamente en la parte general de este plan.

Su sede será la Capital Federal y será reestructurada sobre la actual Sección Dermatología en forma ampliatoria. Constará de una sección técnica y de otra administrativa, cuya especificación y funciones fueron detalladas en la parte general.

## LUCHA ANTILEPROSA

### *Actualización y Ampliación del Censo*

Esta tarea, imprescindible y urgente, será realizada recorriendo en giras periódicas el interior del país, y exigiendo el estricto cumplimiento de la Ley, en lo que se refiere a la denuncia obligatoria de todos los casos de lepra por parte de los médicos y establecimientos asistenciales, o de cualquier particular que de ellos tuviere noticia. Asimismo se hará una encuesta entre todos los médicos de la República, con el objeto de que informen sobre los casos que tuvieren o hayan tenido en tratamiento, durante su práctica profesional.

## DISPENSARIOS

Será instalado el Dispensario Modelo en la Capital Federal, en base al actual consultorio externo y laboratorio anexos a la actual Sección Dermatología. Será provisto del personal y dependencias indispensable para su perfecto funcionamiento, de acuerdo a lo detallado en la parte general.

*Dispensario Dermatológico de Concordia.* — En esta ciudad de Entre Ríos se cuenta ya actualmente con un edificio especialmente construído para la atención de enfermos de lepra, que fué donado a la ex Dirección Nacional de Salud Pública por el Patronato de Leprosos. Bastará proveerlo de mobiliario y personal para que inmediatamente pueda entrar en funcionamiento con los evidentes beneficios para la población.

## SANATORIOS

*Redistribución de los Enfermos por Formas Clínicas y Edad*

Se distribuirán en los Sanatorios-Colonias los internados en pabellones especiales de acuerdo a las diferentes formas clínicas, evitando que enfermos con formas poco avanzadas convivan con mutilados, ciegos o ulcerosos; así también se evitará la convivencia en pabellones comunes entre niños y adultos.

*Habilitación nuevos sanatorios.* — Se habilitará el de Diamante (Entre Ríos), con capacidad de 260 camas.

## PLAN DE CONSTRUCCIONES

Se construirán dos Sanatorios-Colonias con capacidad de 500 camas cada uno, en Santa Fe y en Roque Sáenz Peña (Chaco), pues, considerando que existen enfermos conocidos y contagiosos que por la falta actual de capacidad de los Sanatorios-Colonias no pueden ser islados, los sanatorios aludidos serán los primeros en construirse. Se iniciarán en estas dos localidades, porque Santa Fe y Chaco presentan el índice endémico de 0,61 y 1,15 por mil, respectivamente. Además, conviene resaltar que es la provincia de Santa Fe la que arroja mayor número de enfermos conocidos, y Chaco mayor porcentaje de lepromatosos (80 %).

*Ampliación de los existentes*: De General Rodríguez (en ejecución), de Posadas y Córdoba (de 160 a 300 camas).

## PECULIOS

Se aumentarán los peculios que en concepto de jornales se les abona a los enfermos como remuneración a sus pequeños trabajos, con el beneficio doble para su economía, que en esa forma les permitirá solventar sus gastos y aun ayudar a sus familiares. (Desde diciembre de 1946 está ya en vigencia, ya que el 50 % va a los familiares).

## LABORTERAPIA

El aumento de estos peculios dará solución a un problema que hace mucho tiempo los enfermos desean se les resuelva, que es el trabajo rentado, la laborterapia. La laborterapia, aprovechada y bien dirigida, presenta ventajas terapéuticas, morales y económicas innegables. El Establecimiento podrá aprovechar los productos agrícolas que en él se cosechen o los artículos manufacturados de industrias.

## REGLAMENTO

Se entregará a los Sanatorios-Colonias el reglamento interno que actualmente está siendo redactado.

## «ASISTENCIA SOCIAL»

### CUSTODIA DE INTERESES DE LOS INTERNADOS

Estarán bajo control, por intermedio de una Asesoría Letrada, evitándose con ello lo que sucede actualmente, que quedan descuidados y abandonados todos sus pequeños o grandes intereses, que en algunos casos se llega hasta negárseles su pertenencia legal, estando el interesado incapacitado por su misma enfermedad para pleitear y realizar todas las diligencias destinadas a salvaguardar sus bienes, que el ciudadano sano realizaría.

### SUBSIDIO FAMILIAR

Se comenzará a aplicar el subsidio familiar, en la forma en que se detalla en la parte general, subsidio del que gozarán los familiares desvalidos del enfermo internado.

## «PROFILAXIS»

### CARNET DE CONVIVIENTES

En el transcurso de este primer año, se proveerá a todos los convivientes un carnet que llevará consignados los datos personales y las fechas en que realizó su examen médico y obligatorio. Este carnet será indispensable para visitar a los enfermos internados y sólo tendrá validez cuando el portador tenga al día su revisación.

### DIVULGACION

A los médicos se les remitirá un ejemplar de la Ley 11.359 y su reglamentación, para que cumplan lo especificado en ella; asimismo, se enviará a los especialistas copia de la parte pertinente a la lepra, del Plan Quinquenal. Al público se lo instruirá por medio de conferencias radiales, propaganda mural y folletos, para que pueda colaborar en la medida de sus medios y se entere de la verdadera profilaxis antileprosa, reemplazando el ocultismo del familiar enfermo por el espontáneo pedido de colaboración del médico.

## «INVESTIGACION Y DOCENCIA»

### PUBLICACION DE TRABAJOS

Se seleccionará una serie de trabajos, preferentemente de autores argentinos, relacionados con la leprología y se los enviará a los dermatólogos y leprólogos.

### AYUDA A LOS INVESTIGADORES

Se comunicará a los especialistas o interesados en la investigación leprológica, que la Dirección de Dermatología colaborará y auxiliará en la medida de sus medios.

CURSOS PARA ESTUDIANTES Y MEDICOS

Comenzarán a dictarse, por parte de los médicos de la Dirección de Dermatología y en forma «ad-honorem», pequeños cursos de leprología, de carácter esencial prácticos, para los estudiantes y médicos que deseen asistir. Este curso constituirá el primer escalón para la organización de los cursos a dictarse, de índole naturalmente más completa para la carrera de médico leprólogo.

BIBLIOTECA

Se organizará la Biblioteca de Leprología por intermedio de compras, canjes y pedidos. La biblioteca reportará grandes beneficios y permitirá la consulta a todos los médicos interesados, tratando de formarse también un fichero al día.

BECAS DE PERFECCIONAMIENTO

Serán otorgadas, por intermedio de la Dirección de Dermatología, becas internas o para el exterior, a aquellos profesionales que, siendo funcionarios de ella se considere necesario que amplíen sus conocimientos, siempre que su dedicación, capacidad de trabajo y estudios realizados los hicieran acreedores.

1948

Asistencia de Delegados de la Dirección de Lepra (Secretaría de Salud Pública de la Nación) al Congreso Mundial de Leprología, que se llevará a cabo en La Habana.

PROSECUCION DEL CENSO

En su carácter de permanente, la labor-censitaria continuará, a efectos de tener actualizados fichero central y sub-ficheros, y los datos epidemiológicos necesarios para confeccionar la estadística anual.

DISPENSARIOS

Se comenzará con la construcción o habilitación de los Dispensarios Dermatológicos que se hallen en las localidades fijadas o determinadas en el Plan previsto, pero dando comienzo por aquellos que, estando en zona de influencia de los Sanatorios-Colonias ya en funcionamiento, puedan reportar mayores e inmediatos beneficios, a objeto de internar por su intermedio las formas lepromatosas que observaran y serían: Córdoba, Posadas, Resistencia y Santa Fe.

### SANATORIOS

*Pabellón Psiquiátrico.* — Se destinará, dentro de las ampliaciones a efectuarse en el Sanatorio-Colonia de General Rodríguez, un pabellón para albergar en él a todos los hansenianos alienados que hubiere en el país, centralizándolos para su atención por un médico psiquiatra y retirando el actual peligro de la convivencia común en pabellones con otros enfermos.

*Pabellón Carcelario.* — Se destinará otro pabellón a objeto de concentrar los hansenianos procesados o delincuentes en el Sanatorio-Colonia de la Isla del Cerrito, proveyéndosele de la policía necesaria para su custodia.

*Fichero Iconográfico.* — Se proveerá a cada Sanatorio-Colonia de un equipo fotográfico y demás, necesario para que cada enfermo sea fotografiado a su ingreso y en forma periódica, para organizar un fichero iconográfico de sumo interés para control terapéutico y observación evolutiva de la enfermedad.

*Nuevas Terapéuticas.* — Se arribará a conclusiones terapéuticas de los derivados sulfónicos que se hayan experimentado.

### LABORTERAPIA

Este año se completará el plan de laborterapia, mediante la instalación de pequeños talleres, como ser: carpintería, zapatería, canastería, etc., donde los internados podrán ejercer su aprendizaje en oficios que lo capaciten para la lucha por la vida, en los casos que llegaran a obtener su «alta».

### DIVULGACION

Se proseguirá e intensificará la divulgación de conocimientos profilácticos entre la población, muy importante en toda campaña antileprosa integral.

### CURSO PARA ESTUDIANTES Y MEDICOS

Inauguración del curso de médico leprólogo y prosecución de cursos elementales para estudiantes y médicos generales. Agregado a esto y como complemento del plan trazado destinado a la formación de personal idóneo, se instalará también un curso para enfermeros y ayudantes.

### EXAMEN DE COLECTIVIDADES

Serán efectuados en escuelas, talleres, fábricas, instituciones armadas, deportivas, etc., con el fin de pesquisar nuevos casos y lo más precozmente posible.

### AMPLIACION DE SERVICIOS DEL LABORATORIO CENTRAL

Serán enviados a todos los médicos del país que lo requieran envases especiales para recoger el material a investigar, juntamente con las instrucciones para el mejor resultado con fines diagnósticos de lo remitido.

### PREVENTORIOS

Se construirá un preventorio con capacidad de 500 camas en la provincia de Santa Fe, próximo a la capital o a la ciudad de Rosario.

## 1949

## Lucha Antileprosa

### HOSPITAL DE TRANSITO

Se conseguirá establecer en los hospitales de infecciosos de las ciudades próximas a los Sanatorios-Colonias, un pabellón en calidad de pequeño hospital de tránsito, para los hansenianos de la zona que fueren internados en el Sanatorio-Colonia correspondiente y que tuvieren dificultades de traslado o de orden diagnóstico. Y para todos los casos en que esto no se pudiere realizar, se habilitará en el Sanatorio-Colonia un pabellón a objeto de internar a los sospechosos en calidad de observación.

### DISPENSARIOS

Se proseguirá con el plan de construcción de Dispensarios Dermatológicos, construyéndose durante este año los proyectados en Tucumán, Corrientes, Rosario y La Plata.

### SANATORIOS

Se construirán en este año los Sanatorios-Colonias proyectados en Mercedes (Corrientes), y en Rosario (Santa Fe), con capacidad de 500 camas cada uno.

### INVESTIGACION Y DOCENCIA

Se esbozará durante este año y a objeto de la creación para el cuarto año del Instituto Leprológico.

## 1950

### DISPENSARIOS

Se construirán y habilitarán los dispensarios dermatológicos proyectados en: Paraná (Entre Ríos), Santiago del Estero, Mercedes (Corrientes) y Tandil.

### PREVENTORIOS

Se construirá y habilitará un preventorio con capacidad de 500 camas, lo más próximo posible a la Capital Federal.

### IV CONFERENCIA PANAMERICANA DE LEPRA

La Dirección de Leprología se abocará a la organización de la IV Conferencia Panamericana de Lepra, que tendrá como sede la Ciudad de Buenos Aires.

## 1951

### DISPENSARIOS

Se construirán y habilitarán los Dispensarios Dermatológicos proyectados en: Formosa, Salta y Mendoza.

### SANATORIOS

Se construirán y habilitarán los Sanatorios-Colonias proyectados en: Tandil y Tucumán, ambos con capacidad de 500 camas.

### INSTITUTO DE INVESTIGACION LEPROLOGICA

Construcción del edificio de acuerdo a planos que se someterán a estudio. Construcción, dentro del edificio, de un pequeño pabellón con capacidad de 50 camas a objeto de experimentación.

## CAPITULO XVI

### *OFTALMOLOGIA Y TRACOMA*

> *Para conservar la salud visual de los habitantes de la nación es necesario:*
>
> *Organizar en comando único las luchas contra el tracoma, las oftalmías infecciosas y el glaucoma.*
>
> *Prevenir los accidentes oculares y legislar las indemnizaciones que de ellos resulten reeducando a readaptando los inválidos visuales.*
>
> *Conseguir que cada trabajo tenga su iluminación adecuada con su código de la luz.*

La ceguera es un mal social. — Este concepto debe hacerse carne en todos y cada uno de los habitantes del país, a los efectos de que, una vez conocido y madurado, se comprenda con amplitud de criterio la responsabilidad que cabe al Estado en la solución de este problema.

La higiene visual tiene por objeto preservar el sentido de la vista; su importancia se evidencia teniendo en cuenta que, de los conocimientos que adquiere el ser humano, el 80 ó 90 % se efectúa por intermedio de los órganos visuales.

La higiene visual necesita de una iluminación racional de los lugares de trabajo y requiere los principios legales de su reglamentación, basados en estudios luminotécnicos de impostergable realización y codificación respectiva.

Los accidentes oculares son previsibles o curables en su mayoría con una atención rápida y adecuada, siendo urgente la legislación nacional de esas medidas preventivas.

Para disminuir al mínimo lógico los trastornos causados por agentes del medio externo, se deben poner en práctica todos los postulados de la medicina preventiva; para combatir las enfermedades internas, que llevan a tantas y tan graves lesiones oculares, se deberán aplicar los principios de la terapéutica moderna.

La valoración exacta de lo que cuesta al Estado un niño ciego y cuánto el mantenimiento de asilos y subsidios especiales dados por ley o por indemnización de accidentes, nos pondrá sobre la verdadera pista y magnitud del problema, sin calcular lo que se pierde por incapacidad laborativa.

Más de 100 millones de pesos anuales, aproximadamente, pierde el país a causa de la incapacidad o deficiencias visuales de sus habitantes.

Es deber del Estado hacer factible la rehabilitación del imposibilitado visual y mantener la eficiencia de la visión de todos los habitantes de la República.

El plan a desarrollar deberá contemplar, en forma panorámica, todas las necesidades reales y urgentes de la lucha antitracomatosa, además de las restantes enfermedades de la vista, de extensión general en el territorio de nuestro país.

No es posible seguir una conducta uniforme y preestablecida en la ejecución de este plan. La falta de estadísticas serias y lo fragmentado de los datos susceptibles de recoger en las diversas encuestas, exigen una intensa labor de investigación social que funde, sobre bases serias, la labor a realizar en un futuro lejano.

Son muy diferentes los métodos a emplear en todo el noroeste argentino, densamente poblado y en pleno auge industrial, que los necesarios a aplicar en el dilatado sur, en donde la distancia y falta de medios de comunicación mantienen aisladas las poblaciones en su corriente migratoria en largos meses del año.

Es necesario discriminar, con la mayor exactitud, las necesidades de las provincias pobres, para no emplear los esfuerzos del Estado en aquellas de evidente poderío económico y que, bien orientadas, podrían bastarse a sí mismas o colaborar en alto grado en el plan de lucha que nos ocupa.

En términos generales, de la encuesta social oftalmológica surgirán, en forma concreta, las necesidades locales y generales de la población del país. Un cuerpo de Visitadoras y Asistentes Sociales llevará los fines concretos de este plan a todos los hogares, en los cuales la ignorancia del verdadero carácter de estas enfermedades de la vista, hace concurrir al enfermo cuando es tardío el auxilio para su integridad visual.

Los pacientes que han sufrido la pérdida de un ojo pueden y deben ser readaptados a nuevos oficios en laboratorios de cura de trabajo, anexos a los sanatorios.

Propenderá este plan a la reforma de la legislación del trabajo a los efectos que se contemple la situación de estos enfermos y se les brinde la posibilidad de ser útiles a ellos mismos, a sus familiares y a la sociedad entera.

Se crearán bolsas de trabajo para estos pacientes, a los efectos de ocuparlos en labores susceptibles de ser cumplidas a la perfección a pesar de su déficit integral.

Dividiremos la labor a realizar nucleándola en lineamientos fundamentales que constituirán la lucha de la prevención de la ceguera:

1.°) Dotar de Centros Oftalmológicos, consultorios fijos y móviles y centros sanitarios; servicio social anexo; que se ocuparán de clasificar, tratar u orientar al enfermo.
2.°) Establecimientos sanatoriales correspondientes.
3.°) Organización de servicios oftalmológicos de asistencia médica y quirúrgica de los enfermos vehiculizados por los consultorios móviles o resultantes de la labor social del servicio anexo.
4.°) Organización central de la lucha contra el tracoma y las oftalmías infecciosas.
5.°) Planificar, en forma integral, la prevención y tratamiento del glaucoma.
6.°) Codificar las condiciones de iluminación requerida para cada oficio o profesión, con el objeto de eliminar las enfermedades oculares producidas por el trabajo visual realizado en condiciones defectuosas.
7.°) Prevención de la ceguera por accidentes.
8.°) Profilaxis de las enfermedades oculares, trasmisibles por herencia, con el objeto de evitar el engendro de hijos con defectos visuales o ciegos.
9.°) Reeducación y readaptación de los amblíopes, tuertos y ciegos, colocándolos, mediante bolsas de trabajo, en labores adecuadas.
10.) Terapéutica Oftalmológica, Laboratorios Oficiales, de contralor de los anteojos.
11.) Campaña de educación sanitaria por medio del cine, la radio, conferencias públicas, timbres postales, etc.

### Centros Oftalmológicos, Consultorios Oftalmológicos Fijos y Móviles y Puestos Sanitarios; Servicio Social Anexo, etc.

Este plan creará en todos los grandes Hospitales Urbanos, Hospitales Regionales y de Zona Polivalentes, bajo la supervisión técnica de la Dirección de Oftalmología, centros oftalmológicos y consultorios de oftalmología con servicio social anexo.

Desarrollará una doble acción preventiva y asistencial.

La primera de ellas tenderá a la adopción de las siguientes medidas:

*a)* Creación de consultorios prenupciales para el examen médico e investigación de los antecedentes hereditarios y familiares de los contrayentes. Ello permitirá pesquisar con el conocimiento de las leyes de Mendel, los defectos y enfermedad de los ojos trasmisibles por herencia.

*b)* La creación de consultorios de eugenesia y contralor de la concepción, a los efectos de aconsejar a los cónyuges cuyos antecedentes hereditarios ofrezcan sospechas de he-

rencias defectuosas o afecciones oculares que conduzcan a la ceguera.

c) Establecerá estrecha vinculación con las maternidades, consultorios de embarazadas, dispensarios de lactantes y los institutos y dispensarios de tratamiento y profilaxis de enfermedades no sólo venéreas, sino contagiosas en general.

d) Las visitadoras llevarán al seno de la familia de los enfermos, tratados en los Centros y Consultorios, las nociones fundamentales de higiene escolar, aconsejándoles la concurrencia a los mismos a la primera manifestación de enfermedad, tratando, en lo medida de lo posible, de resolver los problemas extramédicos que impiden a gran cantidad de personas concurrir en el momento adecuado.

Así esquematizadas las fuentes de investigación y pesquisa, a las que se agreguen los pacientes resultantes de las inspecciones escolares, accidentes del trabajo, intoxicados por alcohol, tabaco, alimentos en malas condiciones, etc., el Centro Oftalmológico se encuentra en condiciones de asistir al material humano llegado por los diversos conductos.

Su función asistencial estará reglada por las necesidades que originaron su creación, teniendo en cuenta la densidad de la población, ocupaciones específicas de la misma, características geopolíticas de la zona, medios de comunicación, tipo medio de vivienda, alimentación, etc.

## SANATORIOS OFTALMOLÓGICOS

Tenemos actualmente en el país dos problemas a considerar en lo que respecta a la lucha contra la ceguera.

En primer lugar, el problema del tracoma, que exige urgente solución y que tiene las características de enfermedad transmisible de carácter endémico que afecta la Mesopotamia y el Norte argentino.

La característica particular de esta enfermedad nos exige una organización que se aparta un tanto de la concebida para el resto del país y de la que nos ocuparemos en detalle más adelante.

Las demás enfermedades hereditarias contagiosas, degenerativas, por traumatismos, intoxicaciones, etc., serán atendidas en los consultorios en primera instancia. Los enfermos que necesiten internación prolongada, a los efectos de practicarles tratamientos especiales, clínicos y quirúrgicos, se enviarán a los centros oftalmológicos o a los sanatorios correspondientes.

Estos se distribuirán en la siguiente forma:

En Santiago del Estero, un sanatorio atenderá la enorme masa de tracomatosos de la región antedicha, además de prestar los servicios generales de hospital de la especialidad.

Los restantes sanatorios se proyectarán sobre los datos obtenidos por el servicio social, instalándose provisionalmente en todos los hospitales regionales bajo la denominación de Centro Oftalmológico. Esto tiene la ventaja de usufructuar los beneficios sanitarios de establecimientos polivalentes y ahorrará el gasto de levantar un establecimiento con escasa cantidad de camas, evidentemente antieconómico.

El sanatorio antitracomatoso sería el centro de la lucha contra esa afección, vinculado a la extensa zona de influencia por consultorios fijos, móviles y puestos sanitarios; tendrá anexo el Instituto de Investigación de Oftalmías infecciosas. Poseerá un centro quirúrgico y escuela de formación de personal médico y auxiliar.

Se propenderá al establecimiento de Centros Oftalmológicos, anexos a los grandes Hospitales Urbanos y Hospitales Regionales Polivalentes de 300 o más camas, que contarán con servicio de internación para enfermos de la vista y de consultorios; éstos serán atendidos por especialistas que efectuarán el tratamiento ambulatorio de enfermos; serán de dos tipos: los fijos, anexos a los Hospitales Regionales y a los Hospitales de Zona de menos de 300 camas y los móviles, que servirán, aparte de servicio asistencial, de nexo de unión entre los Consultorios y Centros Oftalmológicos. Esta diferencia estará vinculada con la mayor o menor proximidad al sanatorio de tratamiento y cura.

Existiría, además, un tercer tipo que llamaremos Puesto Sanitario, destinado a la lucha antitracomatosa, atendidos por el servicio social y vinculados por el consultorio móvil entre sí, y a los fijos con internación o sanatorio, correspondientes a las luchas especializadas.

Los Consultorios y Puestos Sanitarios Oftalmológicos llevarán un fichero actualizado en forma continua y periódica, a los efectos de enviar a los Centros Oftalmológicos los elementos estadísticos de importancia.

Se ocuparán, preferentemente, del diagnóstico precoz del glaucoma, a los efectos del cual existirá en cada uno de ellos una sección especial para el rápido tratamiento en el lugar de residencia del enfermo, o su precoz envío al Centro Oftalmológico del que es tributario.

Informarán, mediante los agentes del servicio social, a la población de residencia, acerca de los problemas elementales de iluminación en los lugares de labor. Así dinamizado, el Consultorio Oftalmológico penetrará en el seno de la colectividad y servirá de nexo común entre ella y el servicio especializado a que pertenece, coordinando su labor profiláctica con los servicios de medicina preventiva.

El enfermo estudiado y clasificado se tratará en el Consultorio o será enviado al Centro Oftalmológico o al Sanatorio corres-

pondiente, acerca de cuya función nos ocuparemos luego. Establecerá encuestas médico-oftalmológico-sociales y en estrecha vinculación con los otros elementos de la lucha preventiva, armonizará las funciones del conjunto.

### ORGANIZACION DE LOS CENTROS OFTALMOLOGICOS

Los Centros Oftalmológicos serán habilitados en los Hospitales Urbanos y en los Hospitales Regionales de mas de 300 camas. Contarán con la colaboración de especialistas dedicados a la labor clínica y cirugía general y, con tal motivo, deberán tener una capacidad de internación de 4 a 24 camas. El número de camas podrá variar si la situación del hospital se encuentra en una zona endémica de afecciones oculares.

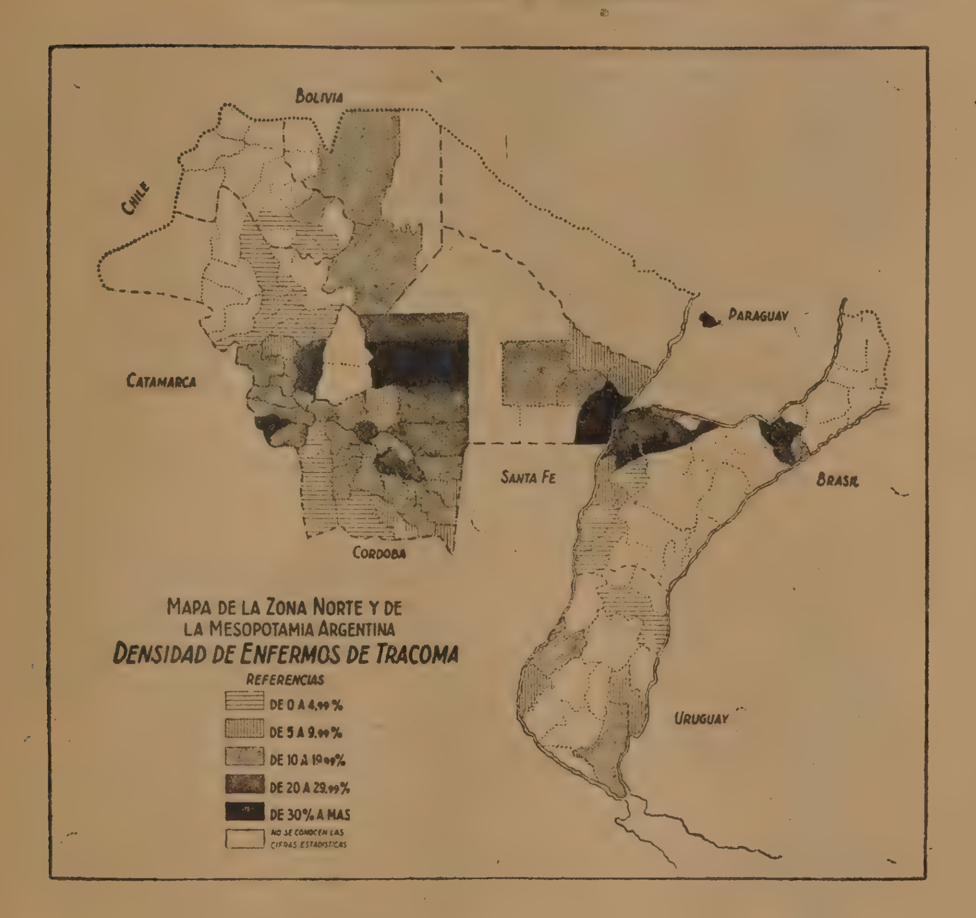
Todos aquellos enfermos cuya atención y tratamiento no pudieran ser efectuados en las estaciones sanitarias y consultorios oftalmológicos, deberán ser internados en los Centros y Sanatorios Oftalmológicos. Una vez curados serán reintegrados a su lugar de origen, bajo la vigilancia constante del servicio social, quien comunicará al Centro o Sanatorio Oftalmológico las alternativas de su evolución posterior. Servirán, además, como centros antiglaucomatosos, y si la ubicación fuere en zona endémica de tracoma, llenarán la función de Centro antitracomatoso. Contarán con un servicio anexo de consultorio móvil, equipado especialmente según las características de la región. La zona de influencia del Centro Oftalmológico por intermedio del consultorio móvil, será determinado por la facilidad de las vías de comunicación. De esta manera, un Centro Oftalmológico supervisará un determinado número de consultorios y puestos sanitarios y formará un equipo de técnicos y auxiliares con la suficiente capacidad específica, que podrá aplicarse en los distintos problemas oftalmológicos.

### ORGANIZACION CENTRAL DE LA LUCHA CONTRA EL TRACOMA Y LAS OFTALMIAS INFECCIOSAS

El tracoma es una enfermedad crónica, contagiosa y específica de la conjuntiva del ojo humano, que se extiende a la córnea, y cuya evolución trae aparejadas alteraciones cicatriciales, provocando algunas veces ambliopías o cegueras.

La magnitud de la campaña prolifáctica mundial justificó la creación de la Organización Internacional de la Lucha contra el Tracoma, constituída en Ginebra bajo los auspicios de la Liga de las Naciones en julio de 1930, obedeciendo al voto formulado por el XIII Congreso de Oftalmología de la Haya en 1929.

La importancia de la lucha contra esta enfermedad tiene su base fundamental en el número de enfermos existentes en la República Argentina. La endemia abarca, con más intensidad, la región norte del país, extendiéndose, en menor proporción, sobre el restante territorio nacional.


Bolivia
Chile
Catamarca
Paraguay
Santa Fe
Brasil
Cordoba
Uruguay
Mapa de la Zona Norte y de
la Mesopotamia Argentina
Densidad de Enfermos de Tracoma
Referencias
De 0 a 4,99 %
De 5 a 9,99 %
De 10 a 19,99%
De 20 a 29,99%
De 30% a mas
No se conocen las cifras estadisticas

Según las últimas estadísticas del año 1945 de la Sección Tracoma de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, es la Gobernación del Chaco, conjuntamente con las provincias de Santiago Estero, Tucumán y Corrientes, las que acusan los índices más altos de tracoma. Cifras más bajas presentan las otras provincias y territorios del Norte y el Litoral, como se puede apreciar más detalladamente en el cuadro estadístico adjunto.

Las cantidades anotadas corresponden a las personas examinadas en los dispensarios antitracomatosos y entre los escolares. El de personas revisadas durante el año 1945 fué de 151.444, comprobándose por primera vez en ellas la existencia de tracoma en 22.886 individuos, indicando esto que más del 15 % de la población examinada padecía de tracoma.

**SECCION TRACOMA Y OFTALMIAS INFECCIOSAS**

**Cuadro estadístico correspondiente al año 1945**

SANTIAGO DEL ESTERO

| Departamentos | Examinados | Tracomatosos | Indice |
|---|---|---|---|
| Copo | 82 | 23 | 28,0 % |
| Alberdi | 291 | 97 | 33,3 » |
| Río Hondo | 1.306 | 46 | 14,2 » |
| La Banda | 8.041 | 981 | 12,3 » |
| M. Moreno | 1.675 | 377 | 22,4 » |
| Guasayán | 185 | 7 | 3,7 » |
| Capital | 8.256 | 1.189 | 14,4 » |
| Robles | 2.863 | 772 | 26,9 » |
| Silipica | 1.132 | 167 | 14,7 » |
| San Martín | 1.638 | 166 | 10,1 » |
| Sarmiento | 344 | 42 | 11,9 » |
| Matará | 698 | 164 | 23,5 » |
| Choya | 1.854 | 92 | 4,9 » |
| Loreto | 1.933 | 267 | 14,3 » |
| Avellaneda | 2.031 | 558 | 27,1 » |
| Figueroa | 1.192 | 102 | 8,5 » |
| 25 de Marzo | 590 | 115 | 19,5 » |
| Atamisqui | 1.009 | 143 | 14,3 » |
| Salavina | 1.306 | 172 | 13,1 » |
| Aguirre | 742 | 114 | 15,3 » |
| Belgrano | 346 | 21 | 6,0 » |
| Ojo de Agua | 272 | 8 | 2,8 » |
| Quebrachos | 1.333 | 130 | 9,7 » |
| Mitre | 266 | 38 | 14,2 » |
| Rivadavia | 276 | 15 | 5,4 » |
| Añatuya | 1.267 | 173 | 13,6 » |
| Totales | 42.928 | 5.979 | 14,6 % |

## SALTA

| Departamentos | Examinados | Tracomatosos | Indice |
|---|---|---|---|
| R. de Lerma | 451 | 5 | 1,1 » |
| Campo Santo | 612 | 52 | 8,5 » |
| Cerrillos | 128 | 1 | 0,7 » |
| Chicoana | 131 | — | — » |
| La Viña | 9 | — | — » |
| Cafayate | 152 | 6 | 3,8 » |
| Metán | 770 | 48 | 6,0 » |
| R. de la Frontera | 343 | 17 | 4,9 » |
| Anta | 201 | 37 | 18,0 » |
| Orán | 746 | 128 | 17,1 » |
| Totales | 3.543 | 298 | 8,3 % |

## JUJUY

| Departamentos | Examinados | Tracomatosos | Indice |
|---|---|---|---|
| Capital | 1.211 | 36 | 2,9 % |
| P. del Carmen | 958 | 97 | 10,1 » |
| San Antonio | 106 | — | — » |
| San Pedro | 1.903 | 77 | 4,0 » |
| Totales | 4.178 | 210 | 5,0 % |

## TUCUMÁN

| Departamentos | Examinados | Tracomatosos | Indice |
|---|---|---|---|
| Capital | 23.452 | 1.538 | 6,5 % |
| Trances | 1.115 | 58 | 5,2 » |
| Burruyacú | 2.402 | 645 | 26,8 » |
| Tafí | 1.069 | 158 | 14,7 » |
| Cruz Alta | 1.805 | 384 | 21,2 » |
| Leales | 1.012 | 76 | 7,6 » |
| Famaillá | 5.012 | 545 | 10,8 » |
| Monteros | 5.733 | 914 | 15,9 » |
| Chicligasta | 5.216 | 778 | 15,9 » |
| Río Chico | 4.421 | 1.392 | 31,5 » |
| Graneros | 1.372 | 213 | 15,5 » |
| Totales | 52.609 | 6.701 | 12,7 % |

## Corrientes

| Departamentos | Examinados | Tracomatosos | Indice |
|---|---|---|---|
| Capital | 2.740 | 637 | 23,2 % |
| San Cosme | 769 | 204 | 26,5 » |
| Itatí | 211 | 39 | 18,4 » |
| B. de Astrada | — | — | — » |
| S. L. del Palmar | 2.542 | 546 | 21,5 » |
| General Paz | 1.377 | 380 | 27,0 » |
| San Miguel | — | — | — » |
| Ituzaingó | — | — | — » |
| Santo Tomé | 158 | — | — » |
| Empedrado | 2.223 | 604 | 27,1 » |
| Mburucuyá | 1.235 | 402 | 32,4 » |
| Saladas | 1.763 | 638 | 36,0 » |
| Concepción | — | — | — » |
| Bella Vista | 2.408 | 155 | 6,4 » |
| San Roque | 435 | 12 | 2,7 » |
| Mercedes | — | — | — » |
| San Martín | — | — | — » |
| Lavalle | 183 | 13 | 7,1 » |
| Curuzú Cuatiá | — | — | — » |
| P. de los Libres | — | — | — » |
| Goya | 2.062 | 44 | 2,2 » |
| Esquina | 2.981 | 72 | 2,4 » |
| Sauce | — | — | — » |
| Monte Caseros | — | — | — » |
| Totales | 21.087 | 3.746 | 17,8 % |

## Entre Ríos

| Departamentos | Examinados | Tracomatosos | Indice |
|---|---|---|---|
| Concordia | 1.271 | 5 | 0,4 % |
| Paraná | 1.936 | 210 | 10,8 » |
| Diamante | 1.165 | 113 | 9,6 » |
| C. del Uruguay | 1.764 | 128 | 7,2 » |
| Totales | 6.136 | 456 | 7,4 % |

## Territorio Nacional de Misiones

| Departamentos | Examinados | Tracomatosos | Indice |
|---|---|---|---|
| Apóstoles | 11 | 3 | 27,0 % |
| Corpus | 1.496 | 165 | 11,0 » |
| L. Alem | 608 | 83 | 13,0 » |
| Oberá | 647 | 87 | 13,4 » |
| Bonpland N. | 157 | 28 | 17,6 » |
| Totales | 2.919 | 366 | 12,5 % |

TERRITORIO NACIONAL DEL CHACO

Examinados: 18.044; tracomatosos: 5.130; índice: 28,4 %

---

Parecidas cifras dieron las estadísticas de años anteriores de la mencionada repartición, descubriéndose aproximadamente 20.000 casos de tracoma por año diagnosticados por primera vez.

En el mapa de la zona Norte y el Litoral de la República Argentina, que se adjunta, puede apreciarse objetivamente la densidad de enfermos de tracoma.

Existen zonas, dentro del territorio comprendido en el mapa, en las cuales no se ha podido determinar el porcentaje de enfermos, por carecer de medios para practicar el examen. Las características sociales, semejantes en las zonas limítrofes estudiadas, nos hacen presumir que se encuentran en igual condición sanitaria.

Según el último censo de las provincias de Santiago del Estero, Corrientes, Tucumán, Salta, Jujuy, Entre Ríos y Territorios del Chaco, Formosa y Misiones, el número total de sus habitantes es de 3.709.080. Teniendo en cuenta que se ha encontrado entre la población examinada un 15% de enfermos y rebajándose dicho porciento —si tenemos en cuenta diversos factores—, no es exagerado afirmar que existen más de 300 000 tracomatosos en la República Argentina.

Las formas clínicas comunes en nuestro país no tienen la gravedad, en cuanto a las complicaciones para la integridad visual, que se observan en los países del norte de Africa. Las formas clínicas observadas parecen tener principal selectividad sobre la conjuntiva, siendo menos frecuentes las complicaciones corneanas graves.

Aparte del tracoma, existen otras oftalmías infecciosas que hacen aumentar el número de enfermos y agravan el problema, justificando la importancia de la campaña profiláctica, que viene desarrollándose de un tiempo a esta parte con excelentes resultados, a pesar de lo exiguo de los medios de que se dispone.

Es necesario, para el éxito de la campaña, organizar la lucha, no sólo contra el tracoma, sino contra todas las oftalmías infecciosas, en forma tal, que pueda llegarse a la desaparición total de enfermos con peligro de contagio, o a la reducción de las cifras a un mínimo aceptable.

Cuanto más temprano pueda efectuarse el diagnóstico y el tratamiento, mejores son las probabilidades de recuperación integral.

Solamente el médico especializado es el único capaz de poder apreciar y clasificar la gravedad de la lesión. Es por ello que se necesita un cuerpo de numerosas personas especializadas

para la campaña profiláctica, lo cual encarece financieramente la misma. Pero, si se tiene en cuenta que un tracomatoso, tratado bajo contralor oftalmológico puede curar en un período de dos a cuatro años, se justifica el iniciar la lucha en forma tan intensiva que pueda llegar a controlar el mayor número de enfermos desde el comienzo de la campaña.

Calculando nada más que un solo día de incapacidad al año por enfermo, y justificando el jornal término medio a $ 6 por enfermo, se tiene por resultado que se pierde $ 1.800.000 en jornales.

Lo real en la práctica es que el tracomatoso o el enfermo de oftalmía infecciosa pierde un mayor número de jornales por incapacidad para el trabajo, sin tener en cuenta que la inhabilitación resultante de la mala o deficiente atención médica, puede llevarlo hasta la ceguera definitiva y total.

Para el éxito de la campaña, que tendrá como finalidad reducir al mínimun aceptable el número de enfermos de tracoma y de oftalmías infecciosas, la sistematización de la lucha deberá realizarse en la siguiente forma:

a) Extensión de los servicios asistenciales y preventivos a las zonas rurales, atacando la endemia desde la periferia a los centros de población y organizando la centralización de la lucha antitracomatosa.
b) Prohibición absoluta de la entrada al país de enfermos de tracoma.

## Organización Central Antitracomatosa

Se centralizará la campaña bajo una sola Dirección, que tendrá su Sede en Santiago del Estero y que comprenderá dos aspectos:

A — El Instituto de Investigaciones del Tracoma y Oftalmías Infecciosas.

B — El Centro de Profilaxis — Hospital Oftalmológico.

La elección de la ciudad de Santiago del Estero como Sede de la Lucha Antitracomatosa, obedece a su mejor situación geográfica.

Desde este lugar es factible atender con más eficiencia casi todos los consultorios y estaciones sanitarias oftalmológicas situados en las demás zonas.

Desde los dispensarios de las provincias del Norte, así como desde el Chaco, es posible trasladar enfermos y medicamentos en pocas horas. Presentaría más dificultades el traslado de los mismos de la parte norte de la Mesopotamia Argentina, teniendo esto valor en lo que se refiere al tiempo y no a las vías de comunicación.

Santiago del Estero, conjuntamente con Tucumán y el Chaco, son los territorios que tienen un índice alto de tracomatosos. Además, el número de habitantes en la parte Norte del país, es casi el doble que la población de la Mesopotamia.

Y por último, las condiciones climáticas de esta provincia son excluyentes para otras endemias, favoreciendo la concentración de enfermos.

### A.—.EL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES DEL TRACOMA Y OFTALMIAS INFECCIOSAS

Tendrá su sede anexa al Hospital Oftalmológico con asiento en Santiago del Estero, para lo cual se habilitarán, anexos a dicho establecimiento, los locales adecuados.

Sus finalidades serán:

a) Ser el centro de diagnóstico etiológico.
b) Investigación y elaboración de sueros y vacunas específicas, etc.
c) Capacitación técnica de profesionales médicos.
d) Capacitación del personal auxiliar (visitadoras oftalmológicas, laboratoristas, etc.).

PERSONAL

Médico especializado
Médico oftalmólogo ayudante, el que será rotado anualmente entre los oftalmólogos de los consultorios.
Auxiliares preparadores de laboratorio.
Enfermeros ayudantes.

LOCALES:

Despacho-biblioteca-escritorios-laboratorios para la preparación de sueros, vacunas, etc.

### B — CENTRO DE PROFILAXIS — HOSPITAL OFTALMOLOGICO

La sede central se constituirá en el Hospital Oftalmológico a construirse en la Ciudad de Santiago del Estero, cuyo director será el Jefe de la Organización Central Antitracomatosa.

Tendrá como finalidades las siguientes:

a) El aislamiento, para su mejor tratamiento y curación, de todo enfermo de oftalmía infecciosa, cuyo estado sea un peligro para el medio social en que actúe o cuya gravedad, a juicio de los jefes de consultorios, haga peligrar su integridad visual.
b) El servicio de consultorios dentro del mismo hospital para enfermos de tracoma y oftalmías infecciosas.

c) La atención de enfermos de la vista cuyo estado haga necesaria la intervención quirúrgica (cataratas, estrabismo, glaucoma, etc.), a cuyo efecto contará con un servicio de cirugía de recuperación visual.

d) La preparación fraccionada y la expedición a los consultorios, de los medicamentos de consumo interno y de los que se prevean gratuitamente a los enfermos en aquellos establecimientos.

FUNCIONAMIENTO

1) Locales a habilitarse para:
- Enfermos internados
- Consultorios externos
- Escuela de Capacitación
- Instituto de Investigaciones
- Director

El personal necesario tendrá las siguientes categorías:

Directivo y técnico docente.
Auxiliar.
Transitorio (médicos y visitadoras becadas).

El edificio del Hospital Oftalmológico contará con las siguientes dependencias:

1 — Sección Administrativa.
2 — Farmacología y laboratorios.
3 — Escuela de capacitación de visitadoras oftalmólogas.
4 — Consultorios.
5 — Internación (8 salas de 6 camas c/u.).
6 — Servicio de cirugía oftalmológica.
7 — Habilitación para especialistas afines colaboradores.
8 — Anexo: Instituto de Investigaciones del Tracoma y Oftalmías Infecciosas.

En la figura se puede apreciar el anteproyecto del Hospital Oftalmológico a construirse.

*Dependerán de esa sede todos los dispensarios.*

La actual organización de los dispensarios existentes no permite una labor eficiente en conjunto. Es por ello que se centraliza bajo una sola dirección, cuya sede estará en Santiago del Estero y su Jefe será el Director del Hospital Oftalmológico.

Actualmente, la Sección Tracoma de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, cuenta con los siguientes dispensarios:

2 en La Banda.
1 en Santiago del Estero (Ciudad).
1 en Tucumán.
1 en Salta.
1 en Jujuy.
1 en Corrientes.
1 en Resistencia.

Todos ellos carecen de local propio y mobiliario adecuado y funcionan precariamente. A excepción del Central, se hace necesario reorganizar a los restantes totalmente, para que cumplan un plan de labor homogéneo y coordinado.

*Creación de nuevos dispensarios.*

Se ha proyectado la creación de nuevos dispensarios, efectuándose la discriminación de su ubicación de acuerdo a la densidad de la población y/o de tracomatosos y teniéndose además en cuenta las vías de comunicación de fácil acceso.

Estos dispensarios cambiarán de denominación y estarán situados en las provincias o territorios, funcionando en los Centros Oftalmológicos, consultorios y Puestos Sanitarios Oftalmológicos.

En la medida de lo posible, funcionarán en ambientes anexos a los edificios existentes o que construya la Secretaría de Salud Pública de la Nación; en caso contrario, en construcciones hechas ex-profeso.

Los Centros Oftalmológicos y Consultorios contarán con locales adecuados para diagnóstico, curaciones y cirugía ocular, además de la sección administrativa-contable. Los Puestos Sanitarios Oftalmológicos tendrán solamente un local ambiente para curaciones y otro para administración.

Cada Centro Oftalmológico contará, además, con una camioneta sanitaria que actuará como Consultorio Móvil y estará provista de instrumental adecuado para diagnóstico y tratamiento ambulatorio de los enfermos (lámpara de hendidura, sillón oftalmológico, fotóforo, lupas, oftalmoscopio, instrumental de cirugía menor, etc.).

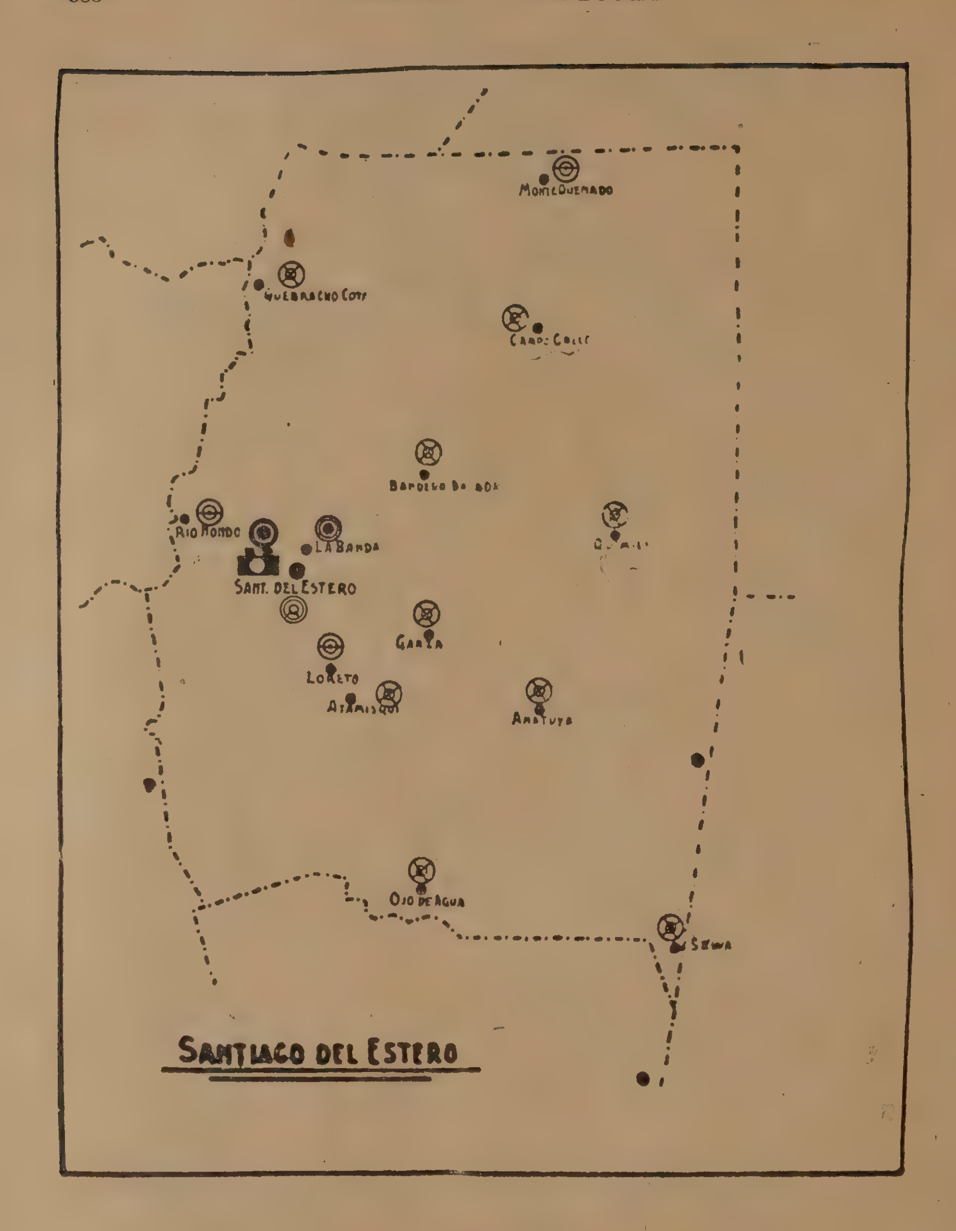

ASISTENCIA OFTALMOLOGICA
A CREARSE
Referencias
Instituto Oftalmológico
Centro Oftalmológico (con internación)
Consultorio Oftalmológico
Puesto Sanitario Oftalmológico
Consultorio Móvil Oftalmógico
VER DETALLES EN MAPAS ADJUNTOS
VER DETALLE EN MAPA ADJUNTO
LA QUIACA
HUMAHUACA
RIVADAVIA
EL CHORRO
LEDESMA
SAN PEDRO
PERICO
PIQUETE
SAN ANTONIO DE LOS COBRES
SALTA
GUEMES
CAFAYATE
CLORINDA
FORMOSA
TTE FONTANA
CORRIENTES
RESISTENCIA
GRAL. PINEDO
CATAMARCA
LA RIOJA
JACHAL
SAN JUAN
CRUZ DEL EJE
SAN FRANCISCO
RAFAELA
SANTA FE
LA PAZ
PARANA
ROSARIO
DOLORES
VILLA MARIA
BELL VILLE
SAN LUIS
RIO CUARTO
V. MERCEDES
LABOULAYE
PERGAMINO
BUENOS AIRES
AVELLANEDA
RIO PICO
BOLIVAR
SANTA ROSA
MAR DEL PLATA
BAHIA BLANCA
NEUQUEN
ZAPALA
FUERTE GRAL ROCA
VIEDMA
S.C. DE BARILOCHE
ESQUEL
TRELEW
RIO GALLEGOS
MBURUCUYA
CURUZU-CUATIA
PASO DE LOS LIBRES
MONTE CASEROS
V. FEDERAL
B. DE ASTRADA

La distribución de los establecimientos fijos y móviles a emplearse en la lucha contra el tracoma es la siguiente:

**Distribución de los Establecimentos Asistenciales Tracomatosos**

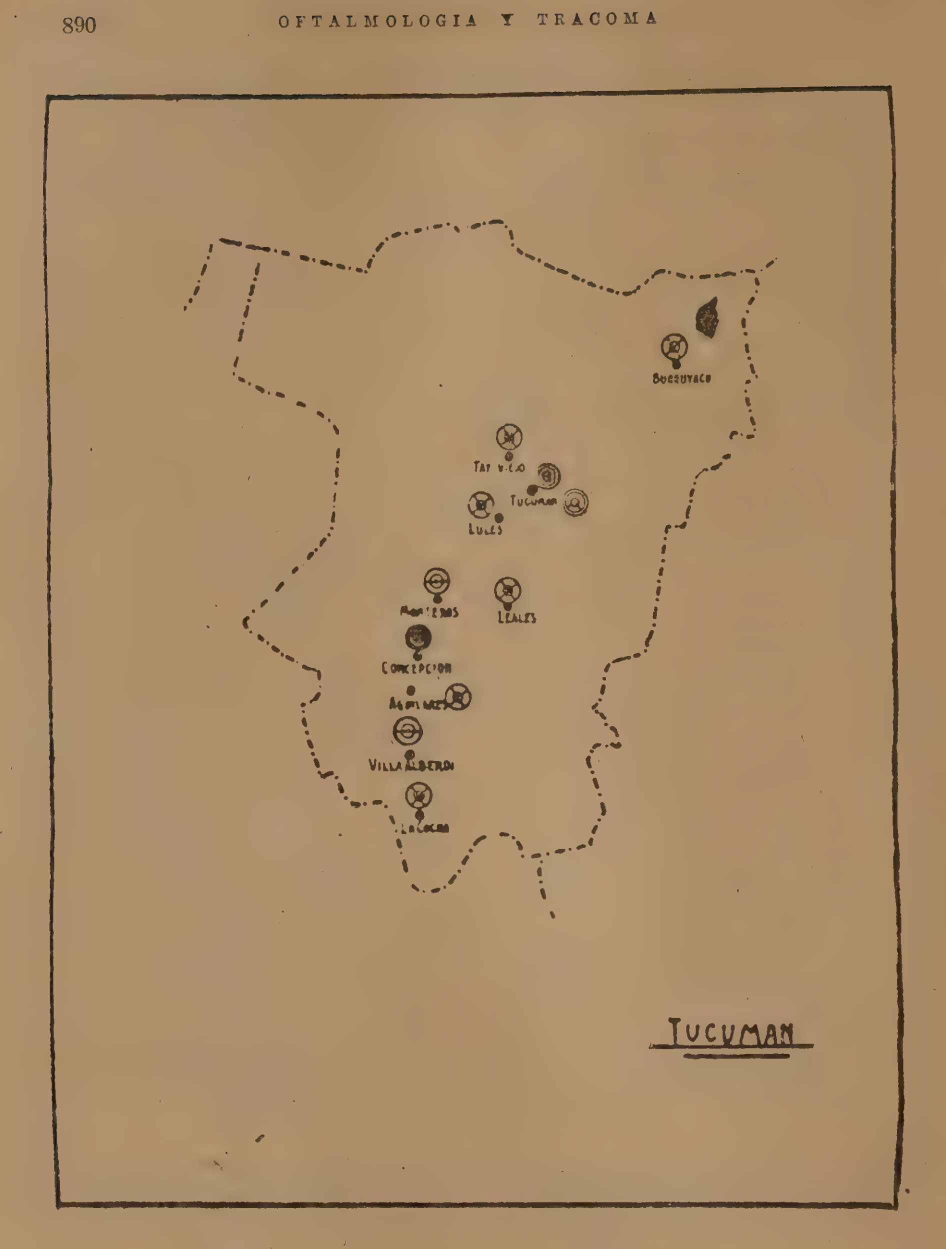
Santiago del Estero

| | | |
|---|---|---|
| Capital (Hospital Oftalmológico e Instituto de Investigaciones del tracoma) | 50 camas | |
| La Banda . . . . . . . . . . . . . . . . | Centro | Oftalmológico |
| Loreto . . . . . . . . . . . . . . . . . . | Consult. | Oftalmológico |
| Monte Quemado . . . . . . . . . . . . | » | » |
| Río Hondo . . . . . . . . . . . . . . | » | » |
| Quimilí . . . . . . . . . . . . . . . . . | Puesto | Sanitario |
| Quebracho Coto . . . . . . . . . . . . | » | » |
| Campo Gallo . . . . . . . . . . . . . | » | » |
| Bandera Bajada . . . . . . . . . . | » | » |
| Garza . . . . . . . . . . . . . . . . . . | » | » |
| Villa Atamisqui . . . . . . . . . . . | » | » |
| Añatuya . . . . . . . . . . . . . . . . | » | » |
| Ojo de Agua . . . . . . . . . . . . . . | » | » |
| Selva . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | » | » |
| Consultorio Oftalmológico Móvil . . . | 1 | |


Monte Quemado
Rio Hondo
La Banda
Sant. del Estero
Loreto
Ojo de Agua
Santiago del Estero

## Tucuman

| | |
|---|---|
| Capital . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | Centro Oftalmológico |
| Concepción . . . . . . . . . . . . . . . . . | » » |
| Villa Alberdi . . . . . . . . . . . . . . . . | Consult. Oftalmológico |
| Monteros . . . . . . . . . . . . . . . . . . | » » |
| Aguilares . . . . . . . . . . . . . . . . . . | Puesto Sanitario |
| Burruyacú . . . . . . . . . . . . . . . . . | » » |
| La Cocha . . . . . . . . . . . . . . . . . | » » |
| Leales . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | » » |
| Lules . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | » » |
| Tafí Viejo . . . . . . . . . . . . . . . . . | » » |
| Consultorio Oftalmológico Móvil . . . | 1 |


Burruyacu
Tucuman
Lules
Leales
Concepcion
TUCUMAN

### SALTA

| | | |
|---|---|---|
| Capital . . . . . . . . . . . . . . . . . | Centro | Oftalmológico |
| Güemes . . . . . . . . . . . . . . . . . | Consult. | Oftalmológico |
| Cafayate . . . . . . . . . . . . . . . . | Puesto | Sanitario |
| Piquete . . . . . . . . . . . . . . . . | » | » |
| Rivadavia . . . . . . . . . . . . . . . . | » | » |
| San Antonio de los Cobres . . . . . . | » | » |
| Consultorio Oftalmológico Móvil . . . | 1 | |

### JUJUY

| | | |
|---|---|---|
| Capital . . . . . . . . . . . . . . . . | Centro | Oftalmológico |
| Humahuaca . . . . . . . . . . . . . . . | Puesto | Sanitario |
| La Quiaca . . . . . . . . . . . . . . | » | » |
| Ledesma . . . . . . . . . . . . . . . | » | » |
| Perico . . . . . . . . . . . . . . . . | » | » |
| San Pedro . . . . . . . . . . . . . . | » | » |
| Consultorio Oftalmológico Móvil . . . | 1 | |

### ENTRE RÍOS

| | | |
|---|---|---|
| Paraná . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | Consul. | Oftalmológico |
| La Paz . . . . . . . . . . . . . . . . | » | » |
| Concepción del Uruguay . . . . . . . | » | » |
| Villa Federal . . . . . . . . . . . . . . | Puesto | Sanitario |
| Consultorio Oftalmológico Móvil . . . | 1 | |

### CORRIENTES

| | | |
|---|---|---|
| Capital . . . . . . . . . . . . . . . . . | Centro | Oftalmológico |
| Goya . . . . . . . . . . . . . . . . . . | Consult. | Oftalmológico |
| Paso de los Libres . . . . . . . . . . | » | » |
| Curuzú Cuatiá . . . . . . . . . . . . | » | » |
| Monte Caseros . . . . . . . . . . . . . | » | » |
| Berón de Astrada . . . . . . . . . . . | » | » |
| San Luis del Palmar . . . . . . . . . | » | » |
| Mburucuyá . . . . . . . . . . . . . . . | » | » |
| Carlos Pellegrini . . . . . . . . . . . | » | » |
| Alvear . . . . . . . . . . . . . . . . . | » | » |
| Consultorio Oftalmológico Móvil . . . | 1 | |

### TERRITORIO NACIONAL DEL CHACO

| | | |
|---|---|---|
| Resistencia . . . . . . . . . . . . . . | Centro | Oftalmológico |
| Sáenz Peña . . . . . . . . . . . . . . | Consult. | Oftalmológico |
| El Pintado . . . . . . . . . . . . . . . | Puesto | Sanitario |
| Tres Isletas . . . . . . . . . . . . . . | » | » |
| General Pinedo . . . . . . . . . . . . | » | » |

| | | |
|---|---|---|
| Presidente Victorino de la Plaza . . . . | Puesto | Sanitario |
| El Zapallar . . . . . . . . . . . . . . . | » | » |
| Consultorio Oftalmológico Móvil . . . | 1 | |

TERRITORIO NACIONAL DE FORMOSA

| | | |
|---|---|---|
| Formosa . . . . . . . . . . . . . . . . . | Consult. | Oftalmológico |
| El Chorro . . . . . . . . . . . . . . . . | Puesto | Sanitario |
| Las Lomitas . . . . . . . . . . . . . . . | » | » |
| Comandante Fontana . . . . . . . . . . | » | » |
| Clorinda . . . . . . . . . . . . . . . . . | » | » |
| Consultorio Oftalmológico Móvil . . . | 1 | |

TERRITORIO NACIONAL DE MISIONES

| | | |
|---|---|---|
| Posadas . . . . . . . . . . . . . . . . . | Consult. | Oftalmológico |
| Puerto Iguazú . . . . . . . . . . . . . | Puesto | Sanitario |
| El Dorado . . . . . . . . . . . . . . . . | » | » |
| Bernardo de Irigoyen . . . . . . . . . | » | » |
| Monteagudo . . . . . . . . . . . . . . . | » | » |
| Concepción de las Sierras . . . . . . . | » | » |
| Apóstoles . . . . . . . . . . . . . . . . | » | » |
| Consultorio Oftalmológico Móvil . . . | 1 | |


DORADO
B DE IRIGOYEN
POSADAS
APOSTOLES
MISIONES

Los Centros Oftalmológicos estarán a cargo de un oftalmólogo, quien será secundado en su tarea por un médico ayudante, 5 visitadoras y personal de servicio. Los Consultorios Oftalmológicos Fijos estarán a cargo de un oftalmólogo y dos visitadoras. Los Consultorios Oftalmológicos Móviles estarán a cargo de un oftalmólogo y de un ayudante. La dirección de un Puesto Sanitario Oftalmológicos será ejercida por una visitadora oftalmológica, la que tendrá como ayudantes a dos visitadoras especializadas.

*Funciones del Médico Jefe del Consultorio Oftalmológico Móvil*

Comunicará su visita con la debida anticipación a la Dirección de la Escuela y a los Puestos Sanitarios Oftalmológicos para que concurran todos los alumnos y también los familiares enfermos o dudosos, según el caso, a la escuela o al puesto sanitario.

Revisará por separado cada presunto enfermo y confeccionará, con la colaboración del ayudante, las fichas individuales, de distinto color, según el caso, por duplicado, donde se indicará la forma clínica de la enfermedad y el tratamiento a seguir.

El informe correspondiente será elevado a la Sede Central. Una copia de las fichas quedará en la Dirección de la Escuela. Las fichas de los familiares examinados será entregada en sobre cerrado a la visitadora. El Jefe del Consultorio Móvil deberá visitar, por lo menos, una vez cada quince días, los Puestos Sanitarios Oftalmológicos. Las escuelas recibirán la visita del médico en la medida que el tiempo disponible del mismo lo permita. Los enfermos cuyo estado, a juicio del Jefe de Consultorio, no haga aconsejable el tratamiento ambulatorio, serán enviados, previo consentimiento del paciente, al Centro Oftalmológico o al Hospital Oftalmológico, si correspondiese.

FUNCIONES DE LA VISITADORA ESPECIALIZADA EN OFTALMOLOGÍA

a) *Reconocimiento de los niños escolares*:

Examinará cada uno de los alumnos en colaboración con la maestra. A cada niño se le confeccionará la ficha respectiva: sano, enfermo o dudoso, y se esperará el examen del oftalmólogo.

Las fichas quedarán en la Dirección de la Escuela y la planilla respectiva será elevada al centro oftalmológico.

Cada 10 ó 15 días controlará en la escuela la evolución y el de los niños y familiares enfermos, y suministrará los medicamentos y útiles necesarios.

b) *Visitas domiciliarias*:

La visitadora tomará en la escuela los domicilios de los niños enfermos y dudosos. Concurrirá a cada uno de los lugares fijados

como domicilio para examinar a los familiares y confeccionar las fichas correspondientes, debiendo elevar un informe al Centro Oftalmológico.

Dará las instrucciones convenientes e invitará a los enfermos observados a concurrir a la escuela o al Puesto Sanitario para consultar al facultativo, quien hará el diagnóstico definitivo e indicará el tratamiento a seguir.

Los medicamentos serán distribuídos gratuitamente.

c) *En los Centros Oftalmológicos y Consultorios*:

Colaborará con el médico oftalmólogo en el reconocimiento de los pacientes.

Confeccionará la ficha de toda persona que examine, no omitiendo dato alguno. Practicará las curaciones a los enfermos, según indique el facultativo, y ayudará a éste en las intervenciones quirúrgicas.

## EDUCACION SANITARIA

Siendo el tracoma una enfermedad que se desarrolla especialmente en los medios sociales con deficiente higiene, la campaña tendrá como finalidad la educación higiénica de la población, en especial, el uso del agua en el aseo corporal. Asimismo se tratará de facilitar la concurrencia del mayor número de personas a los Centros de Profilaxis, con el objeto de clasificar la totalidad de los habitantes, si fuese posible.

Desempeñará la jefatura de la campaña de educación sanitaria el Director del Hospital Oftalmológico de Santiago del Estero, quien podrá contar con todo el personal que se encuentre bajo su dependencia para desarrollar su cometido en una forma amplia y eficaz.

Para ello podrá utilizar todos los medios de difusión, como ser: radiotelefonía, cinematógrafo, propaganda verbal, escrita, etc.

En esta forma, la natural idiosincrasia del pueblo será neutralizada al comprobar los enfermos las ventajas que les reportaría un tratamiento adecuado por el médico.

Se ha podido apreciar en la práctica, que enfermos al principio reacios o indolentes al tratamiento, han acudido a los dispensarios por propia voluntad al observar la mejoría de amigos o familiares atendidos por facultativos.

Las maestras participarán activamente como colaboradoras en la campaña. Su contacto directo con el medio escolar, que representa un 30 por ciento aproximado de los habitantes de la zona norte y litoral de la República Argentina, las hace insustituibles para el éxito de los conceptos de difusión sanitaria.

Los médicos de ayuda escolar serán interesados directamente con el fin de completar integralmente la función que desempeñan.

### COORDINAR CON OTRAS AUTORIDADES

La coordinación de los distintos organismos nacionales, provinciales, municipales y particulares es necesaria.

A dichos fines, la Sede Central, directamente o por intermedio de sus dependencias, se mantendrá en contacto con los gobiernos provinciales por medio de acuerdos ad-referéndum de la Superioridad; asimismo, establecerá convenios con los municipios o entidades particulares.

La coordinación, en resumen, será establecida con las autoridades competentes, provinciales, municipales, médicos de ayuda escolar y médicos de familia.

### PLANIFICAR EN FORMA INTEGRAL LA PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL GLAUCOMA

El glaucoma es una enfermedad que se manifiesta, preferentemente, en la edad media de la vida y que produce lesiones oculares irreversibles, que conducen en un plazo más o menos prolongado a la ceguera definitiva; no es contagioso y se halla distribuído en todo el territorio de la Nación, afectando especialmente las capas sociales más humildes.

Las estadísticas generales indican que esta afección causa por si sola el 35 por ciento de la ceguera total en la República Argentina y casi el 50 por ciento de las cegueras monoculares.

El glaucoma puede evolucionar rápida, lenta o insidiosamente. Esta última variedad, más frecuente y peligrosa, no causa perturbaciones subjetivas manifiestas que induzcan al individuo a someterse a la asistencia médica.

Interesa, sobre todo, el diagnóstico precoz del glaucoma para poder aplicar lo más pronto posible un enérgico tratamiento que, unas veces por falta de diagnóstico médico, y otras por culpa del enfermo, se descuida de una manera lamentable. El enfermo, por ignorancia o por cualquier otra causa, abandona su enfermedad; la misma naturaleza del proceso, con sus alternativas de accesos y remisiones, parece aportar engañosa seguridad al paciente y aún el comienzo imperceptible de algunas formas, contribuye a que la afección pase inadvertida, siendo frecuente que cuando el enfermo acude para ser tratado, la enfermedad ha progresado tanto, que la operación precoz sólo podrá practicarse en el otro ojo.

De las razones antedichas se desprende la importancia que tiene el diagnóstico precoz de esta enfermedad, que debe realizarse en su período primario, también llamado pre-glaucoma. Si la afección es diagnosticada en ese momento, mediante el tratamiento

apropiado o quirúrgico, es posible impedir su avance. Una vez declarado, también es posible detener el curso del glaucoma, siempre que el diagnóstico se realice en los primeros estudios y se instituya la terapéutica oportuna y eficaz.

En la actualidad no existe en nuestro país, una coordinación que permita llevar a cabo la prevención y el tratamiento del glaucoma, de acuerdo a las normas anteriormente expresadas. Pese a la carencia de estadísticas exactas, se puede calcular en base a estadísticas parciales de los diversos servicios especializados y a las comparativas con otros países de composición racial similar a la nuestra, que existen alrededor de 15 mil ciegos, de los cuales, según cálculos mínimos de probabilidad, 3.000 deben su pérdida de la visión al glaucoma.

## Centro Antiglaucomatoso

### FUNDAMENTOS

La prevención del glaucoma debe tener como base los siguientes puntos fundamentales:

1.° El examen oftalmológico obligatorio debe incluir, como condición indispensable, el contralor de la tensión endoocular.

2.° En los casos sospechosos deberán agotarse los métodos diagnósticos.

3.° Deberá llevarse a cabo una campaña de divulgación científica y popular de los síntomas más frecuentes que produce el glaucoma.

Como Centro Antiglaucomatoso se propicia la creación del que funcionará en la Ciudad de Buenos Aires, por ser el centro urbano más densamente poblado del país y tendrá su sede provisoria en el Hospital Oftalmológico Santa Lucía. El Director de este centro será, al mismo tiempo, el Jefe de la Organización Central de la Lucha Antiglaucomatosa.

El Centro Antiglaucomatoso tendrá las siguientes finalidades:

a) Ser el centro de la campaña de difusión sanitaria antiglaucomatosa y del censo de enfermos de glaucoma de todo el país.

b) Coordinará la acción de los centros oftalmológicos y consultorios de los centros urbanos por intermedio de la Asistencia Social y los Consultorios Móviles, estableciendo la lucha sobre las bases de un plan uniforme en el diagnóstico y terapéutica de los enfermos.

c) Prestará atención médica y quirúrgica a los enfermos glaucomatosos de la Capital y a los que le sean envia-

dos del interior, a cuyo efecto contará con un servicio quirúrgico anexo, con una capacidad de internación de 20 camas; asimismo será provisto con instrumental y personal médico necesario para cumplir dichos fines.

### CONSULTORIOS ANTIGLAUCOMATOSOS

Tendrán a su cargo la faz asistencial. Se ha proyectado la creación de Consultorios Antiglaucomatosos que funcionarán en los Centros Oftalmológicos y Consultorios Oftalmológicos anexos a los Hospitales Urbanos o Regionales a construirse.

### COORDINACION CON LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA ESPECIALIZADA EN CARDIOLOGIA

En una gran proporción de enfermos glaucomatosos o pre-glaucomatosos es posible demostrar la existencia de lesiones cardiovasculares, íntimamente ligadas en su evolución con las del glaucoma; por ello, para prevenir del modo más adecuado la aparición de esta afección, es necesario coordinar la lucha anti-glaucomatosa con la asistencia de los pacientes cardiovasculares. Los servicios de cardiología en los centros urbanos son los que deberán prestar estrecha colaboración a los servicios antiglaucomatosos, remitiendo los enfermos para su contralor oftalmológico.

### LABORATORIO EXPERIMENTAL DE INVESTIGACION ANTIGLAUCOMATOSA

El glaucoma es una enfemedad cuya etiología permanece aún casi desconocida, por lo cual es imprescindible la creación de un Centro de Investigación Experimental que permita asentar, sobre bases científicas y modernas, la prevención y el tratamiento del glaucoma. Tendrá su sede anexa al Centro Antiglaucomatoso del cual dependerá en forma directa, a cuyo efecto se habilitarán los locales adecuados y necesarios, provistos del personal técnico que requiera su funcionamiento.

Tendrá como finalidades:

a) Realizar investigaciones especializadas sobre material humano y animal.

b) Dictar normas para la mejor prevención y tratamiento del glaucoma.

c) Colaborar en la capacitación del personal técnico y auxiliar afectado a la prevención del glaucoma.

d) Asesorar en la profilaxis y tratamiento médico y contralor de drogas.

## CONDICIONES DE ILUMINACION REQUERIDAS PARA CADA OFICIO O PROFESION

### *Una luz para cada trabajo*

Es necesario codificar las condiciones de iluminación requeridas para cada oficio o profesión, con el objeto de eliminar las enfermedades oculares producidas por el trabajo visual en condiciones defectuosas.

«En todo el mundo del trabajo, dice M. Luckiesh, la velocidad de producción de los obreros tiene una gran importancia económica».

«La experiencia de la producción, influída por la visibilidad combinada con los nuevos conocimientos sobre la visión, nos lleva a la conclusión de que siempre es posible aumentar materialmente el rendimiento, mejorando las condiciones de que depende la visión».

«Se ha demostrado que el rendimiento de los obreros experimenta una influencia favorable con el aumento de la luz; mejorando el alumbrado general con la instalación de luces individuales debidamente dirigidas, utilizando fondos de brillo uniforme y adecuado, evitando o utilizando los relieves y la sombra, empleando una cantidad apropiada de luz o eliminando el deslumbramiento».

Y es que, evidentemente, dos grandes factores deben tenerse en cuenta como probable causa de la fatiga visual durante el trabajo:

1.° La mala iluminación, y 2.° los defectos oculares.

Cuando la luz es deficiente, los procesos ciliares, obrando sobre la lente cristalina, tratan inútilmente de encontrar un foco que permita distinguir los objetos con claridad. El resultado de ese esfuerzo es el cansancio de los músculos ciliares, que se manifiesta con un intenso dolor de cabeza. Cuando los focos de luz están descubiertos y permanecen en el campo de la visión, la acción del brillo intenso actúa directamente sobre los ojos y la pupila se ve obligada a contraerse excesivamente para disminuir el paso de los rayos luminosos.

El resultado de esa acción indeseable es una fatiga intensa de la vista y una disminución de la sensibilidad a la iluminación.

En condiciones normales de alumbrado, la pupila del ojo se dilata normalmente, lo que permite un mayor detalle en la visión. Como se ve, hay que dar luz buena en cantidad y también evitar las incidencias indirectas que producen el deslumbramiento.

La intensidad es muy importante y debe adecuarse al trabajo, debiendo ser naturalmente mayor, cuanto más pequeño y delicado sea aquello que debe verse.

Las reacciones fisiológicas producidas por una iluminación incorrecta, por deslumbramiento o por ambas causas simultáneas son: efectos sobre los músculos del ojo; los ojos se acercan excesivamente al plano del trabajo o de lectura, de lo que resulta un mayor esfuerzo en los músculos que efectuan la convergencia, una contracción continua de los músculos de la acomodación y una contracción indeseable del músculo esfinter del iris. Efectos sobre el sistema nervioso; mayor gasto de energía nerviosa para realizar una cantidad dada de trabajo útil, reflejos nerviosos, dolores de cabeza, vértigos o mareos, visión confusa, perturbaciones digestivas, etc.

Además de todos estos trastornos, debemos agregar los accidentes del trabajo, porque el obrero ve mal y sin llegar al accidente debe saberse que realiza sus tareas en una forma mucho más eficiente cuando ve mejor, hasta el punto que, según las estadísticas, la iluminación ideal para cada trabajo hace rendir un 40 % más que con iluminación deficiente.

Al estado de los ojos, al ambiente en que ellos deben realizar sus tareas habituales con respecto a los problemas que plantea la mala iluminación, se atribuye el 25 % de los accidentes del trabajo.

Pocos estudios se han hecho desde este punto de vista en el país; de 91.000 accidentes se llega a la conclusión de que el 23,8 % de los mismos, han sido provocados por la deficiente iluminación. (Stinson).

Mucho se ha hecho hasta ahora en Estados Unidos en cuestión de luminotécnica y las estadísticas más recientes dan un 15 % en que la mala iluminación pudo ser inculpada en su producción. Tiscornia y V. Ortiz dicen que: «es necesario conocer las directivas generales para conseguir una buena iluminación en los locales de trabajo ya que, entre todos los medios preventivos, tiene la condición particularísima de que ayuda al mejor desempeño del trabajo, a la par que previene los peligros inherentes al mismo».

¿Cuáles son los problemas que plantea la iluminación en los locales de trabajo?

«La iluminación deberá ser, en primer lugar, suficiente. La iluminación escasa puede ser causa de un accidente, al desorientar al obrero frente a una circunstancia no percibida sino tardíamente por falta de visibilidad y estos peligros se aumentan si el obrero tiene una visión defectuosa. Se reúnen, entonces, dos factores que condicionan frecuentemente la fatiga visual: la mala iluminación y los defectos oculares».

«La iluminación deberá, en segundo término, estar bien distribuída, siendo el mejor sistema la iluminación alta, con unida-

des individuales accesorias en aquellos sitios donde se efectúen trabajos que exijan mayor discriminación de detalles».

«Debe tratarse, además, que la iluminación, si es artificial, se acerque lo más posible a la calidad de la luz del día».

Como se ha dicho anteriormente, la luz no sólo debe ser suficiente e intensa, sino que también debe ser buena en calidad. Ante todo, hablaremos de la intensidad. Existen, prácticamente, dos clases de medidas: una que mide la intensidad de la fuente luminosa, es decir, la cantidad de luz existente donde ella parte; esta unidad es la bujía internacional. Pero, de acuerdo con leyes físicas, es muy diferente la iluminación que podremos tener en una superficie que se encuentre a un metro de distancia del foco de luz, de otra que se sitúe a dos metros; entonces, para medir esa luz, no la del foco, sino la que recibe cada lugar de un recinto, existe otra unidad llamada lux. La luz artificial no puede, por ahora, competir con la solar; para darse una idea de lo que va de una a otra, hay que tener en cuenta que en pleno día al sol, sin nubes, hay una iluminación de 100.000 lux y que una lámpara de 100 bujías, que todos conocemos, da a 0.35 metros, nada más que 150 lux. La cantidad de lux necesaria para los diferentes trabajos oscila entre 500 a 30 lux, siendo también de diferente grado la luz que debe haber en las superficies de trabajo o en otros lugares, como por ejemplo, rincones, pasillos, etc.

En cuanto a la calidad de la luz, es diferente, según el sistema de alumbrado sea directo, indirecto o por medio de artefactos difusores. Además, debe considerarse el tipo de artefactos, ubicación y cantidad de los mismos y la potencia necesaria de las lámparas. Hay que agregar que la luz debe contener algo de radiación infrarroja (calórica). La luz fría, tan en boga actualmente, es perjudicial: produce efectos estroboscópicos.

La luz no sólo debe ser buena en el sitio donde se trabaje, sino en los alrededores y, muy en especial en lo que comprende el campo visual del trabajador.

Cuando se acorta éste, la vista falla y el trabajo no puede realizarse. Fácil es comprender, entonces, que la luz no debe encontrarse en un solo punto, sino esparcirse por todo el recinto con mayor aumento en los sitios de trabajo. Si el obrero o empleado no tiene luz suficiente en sus alrededores, es como si se redujera su campo visual.

En efecto, cuando el obrero sale del área brillantemente iluminada y pasa a la obscura durante unos segundos, es incapaz de ver el peligro y, en estos casos, una fracción de segundo tiene su importancia desde el punto de vista preventivo.

Se ha calculado que si 4 veces por hora se cambia la mirada de un lugar muy iluminado a otro a obscuras, en una fábrica de

100 hombres cada uno de los cuales trabaje junto a un foco sin pantalla, ocurrirá 3.200 veces cada 8 horas una condición capaz de provocar un accidente.

Otro detalle que debe cuidarse es la fijeza de los focos luminosos, pues su movilidad obliga a continuos reajustes acomodativos que terminan con la fatiga visual y sus consecuencias.

La dirección de los rayos luminosos ha perdido importancia desde que se adopta casi siempre la luz de tipo difuso, pero, sin embargo, no siempre es posible la difusión de la luz y, por lo tanto, hay que tener en cuenta que debe evitarse el deslumbramiento por acción directa o reflejada de los rayos luminosos sobre los ojos del obrero que trabaja.

También, dentro de lo posible, es necesario aumentar y facilitar todo lo que debe verse, para no ocasionar el gasto excesivo de la luz requerida para objetos demasiado pequeños. En ese sentido, velando por la salud visual del público, debe estudiarse el tamaño mínimo de letras a emplearse en los periódicos, revistas y libros, así como el tipo de papel.

También será necesario considerar el problema de las salas de cinematógrafo, cuál debe ser la distancia mínima y máxima de las butacas a la pantalla para que no perjudique la vista, así como el ángulo con respecto a las butacas laterales.

La Dirección de Oftalmología de la Secretaría de Salud Pública, contará con un laboratorio de investigación para todo el estudio relacionado con la luz, desde el punto de vista de la física óptica y de la luminotecnia, con el objeto de participar en la estructuración del futuro Código de Luz, que reglamentará todo lo que se refiera a la luminotecnia en la República Argentina.

Además, ejercerá el contralor por intermedio de un cuerpo de inspectores, de las condiciones de iluminación que rijan en las distintas actividades sociales, siendo, además, la encargada de los conceptos sanitarios sobre la luz.

### PREVENCIÓN DE LA CEGUERA POR ACCIDENTES

Los accidentes capaces de dar origen a la ceguera monocular o la ceguera total son los traumatismos, comprendiendo las heridas, contusiones, quemaduras, cauterizaciones químicas, etc. Deben ser considerados, además, otros accidentes que, sin afectar directamente a los ojos, pueden ocasionar la ceguera, como sucede con ciertos traumatismos y fracturas del cráneo que dan lugar a lesiones de las vías ópticas.

Por el modo en que ocurren, los accidentes pueden ser de dos clases: unos son *casuales* y se producen en la vida diaria en las circunstancias más diversas e imprevistas, y otros, son *acciden-*

*tes del trabajo*, que se producen en condiciones bien determinadas por las diversas profesiones u oficios.

Los accidentes casuales al depender, casi exclusivamente, de las condiciones individuales de prudencia en la manipulación de objetos o substancias peligrosas, (armas cortantes o de fuego, herramientas de uso corriente, juguetes, substancias cáusticas, etc.), se producen con más frecuencia en los niños, ya que, según estadísticas, de 100 ojos perdidos por heridas, el 22 por ciento lo fué en el primer decenio de la vida.

La intervención que cabe al Estado en la prevención de estos accidentes comunes o casuales, es la de prohibir o reglamentar el uso de todo objeto o substancia peligrosos para la salud visual del niño.

Los accidentes del trabajo juegan un rol preponderante entre las causas de la ceguera, correspondiéndoles a los países industriales el primer puesto en la producción de las cegueras unilaterales.

A. Tiscornia, J. M. Vila Ortiz Tissembaum y C. J. Muniagurria, autores de trabajos en la materia y de cuyas publicaciones transcribimos algunos párrafos, opinan que en la lucha contra los traumatismos oculares de la industria, toda disposición que se adopte con el propósito de prevenir los efectos nocivos y violentos del trabajo en la salud del obrero supera, en todo sentido, a las medidas que deban aplicarse con posterioridad al daño, por más amplia que pretenda ser la reparación o compensación económica.

La incorporación de la máquina a las actividades de la industria planteó, en su hora, una serie de problemas económicos, sociales y jurídicos. El maquinismo venía a modificar substancialmente las condiciones en que se efectuaba la prestación de trabajo y traía, además de la desocupación, de la superproducción, del auge del gran capital y de otros fenómenos de la vida económica, el riesgo del accidente del trabajo y la enfermedad profesional.

Estos nuevos hechos económicos y sociales que originaron el advenimiento de la máquina y el progreso de la técnica, debieron ser contemplados en todos sus aspectos y consecuencias jurídicas.

El Estado no sólo debe actuar cuando el daño se ha producido en la vida del obrero, sino y tanto o más aún enérgicamente, en la aplicación de todas las medidas precaucionales que tiendan a evitar un mal irremediable.

Ni humana ni socialmente una indemnización de carácter económico cubre las consecuencias infortunadas que en la vida del trabajador produce la industria. De ahí que la higiene y la seguridad del trabajo constituyen uno de los objetivos esenciales de toda legislación que se oriente con un sano y noble propósito de previsión social.

Entre las medidas a considerar en la profilaxis de la ceguera por accidentes, no debemos pasar por alto el examen sistemático de todos los trabajadores, con el fin de ubicar a cada uno en la labor adecuada en que su visión le permita desempeñarse con eficiencia máxima, es decir, llenar la finalidad de una vista para cada trabajo.

Con la práctica de los exámenes oculares, previos al ingreso, empezaron a ser aquitalados los peligros a que exponían las cegueras cromáticas en el tráfico ferroviario.

Más adelante, con el aumento extraordinario de los automotores, se siente la necesidad de controlar la aptitud física de los chóferes y estipular las condiciones visuales mínimas exigibles a estos últimos para considerarlos aptos para la conducción. Las compañías de transportes colectivos redactan reglamentos en ese sentido.

El progreso de la aviación civil y militar obliga, últimamente, a controlar la aptitud de los aspirantes a aviadores.

Y tanto, el control efectuado en los ferrocarriles como en las compañías de transportes o en los institutos de aeronáutica, implica un fin preventivo.

El examen ocular sistemático previo al ingreso en el taller, fábrica o empresa, aún en aquellos en los que existan tareas ya reglamentadas, también cumple, entre otros, un fin preventivo.

En efecto, la visión defectuosa es sinónimo de visión borrosa, la que, además de provocar la fatiga visual y los consiguientes trastornos astenópicos, repercute sobre el ritmo del trabajo y la calidad del mismo, predispone a la desatención y aumenta las posibilidades de un accidente.

Claro está que esa fatiga visual se dejará sentir más en ciertos oficios que en otros, y por ello es que el examen previo al ingreso, o el examen practicado periódicamente entre los obreros de una empresa, tiene también un rol de selección profesional, pues, de acuerdo con sus resultados, puede hacerse una distribución de los obreros conforme a sus condiciones físicas y oculares.

La inadaptación del obrero al trabajo, por múltiples circunstancias ignoradas generalmente tanto por el patrón como por el mismo obrero, es causa generadora de muchos infortunios del trabajo.

La selección profesional, aspecto previo y fundamental en la distribución del trabajo, debe seguir actuando en forma constante durante las tareas del obrero, a fin de que no se produzcan casos de inadaptación que puedan surgir por circunstancias posteriores a la incorporación al trabajo, o bien porque inicialmente no hayan sido reveladas.

El examen ocular sistemático como método de previsión, debe ser pues hecho, no sólo al ingreso en el trabajo, sino periódicamente, estando el obrero ya en plena función.

El examen periódico al margen del de ingreso, permite poner en evidencia las lesiones silenciosas, algunas de las cuales, como la queratoconiosis, por ciertos polvos industriales (mármoles, granito, etc.), deberían figurar entre las enfermedades profesionales.

Por otra parte, previene al obrero sobre la existencia de un defecto visual que hasta para él mismo pudo pasar inadvertido hasta ese momento.

En los casos en que un ojo es normal y otro es defectuoso, este último es preferentemente lesionado y se explica el hecho por la mayor lentitud de los reflejos en la defensa de ese ojo. Conociendo su defecto, el obrero está alerta y prevenido contra el peligro.

Desde el punto de vista de la prevención, no basta con comprobar los defectos, es necesario corregirlos cuando ello sea posible. De esa manera la visión defectuosa no es un impedimento, sino para las profesiones reglamentadas y en las que la corrección óptica no se autoriza: maquinistas de ferrocarril, telemetristas, etc.

Las estadísticas demuestran que el número de obreros con visión defectuosa es muy grande y, por el contrario, el de los declarados ineptos, es muy pequeño.

Ellas mismas ponen en evidencia que los exámenes médicos, previos al ingreso, repercuten desfavorablemente sobre el 1,6 % de la población trabajadora, sin que ello quiera decir que ese 1,6 % engrose la legión de los desocupados. No sucede eso, pues tienen ubicación en industrias y trabajos en los que la visión buena no es imprescindible.

Además, el examen sirve como medio selectivo del personal para los distintos oficios y hasta de orientación ocupacional para los examinados.

Pero, si todos los esfuerzos que se hagan en ese sentido fracasan, debemos, entonces, propiciar una campaña destinada a oponer al aumento impresionante de los accidentes oculares del trabajo, la acción mancomunada de los particulares, de las empresas, de las compañías de seguros, de los médicos industriales de los organismos privados y públicos, que se interesan por estas cuestiones, sin dejar de lado la colaboración estrecha de los mismos trabajadores, hasta que esa acción conjunta quiebre definitivamente el prejuicio equivocado de que los accidentes deben ser considerados como una consecuencia inevitable del industrialismo moderno.

Este falso concepto establece la obligación de contemplar el problema técnico solo en lo que se relaciona con el propósito directo de ascender en el ritmo mecánico de la producción y en el aumento del beneficio material de las actividades fabriles, con prescindencia absoluta de otras valoraciones.

El objetivo central de tal propósito absorbió todo otro aspecto, toda otra consideración, y muchos de los acontecimientos que recaían en la vida del hombre como trabajador, llegaron a adquirir el carácter de contribuciones necesarias, a veces lamentables, pero que el proceso ciego, anímico de la industria provocaba con su ritmo mecánico.

Pero, afortunadamente, se está reaccionando y el obrero y sus problemas despiertan ya tanto interés como los problemas puramente técnicos o económicos relacionados con la industria.

Una máquina se ajusta, se renueva o reemplaza, sin otra consecuencia que la pérdida material calculada en balance de ganancias y pérdidas de la industria, pero el material humano, desgastado e inutilizado, repercute, moral y materialmente, sobre la familia y la sociedad.

Se ha dicho (Cafferata) que si el capitalismo materialista no lo entiende así, la ley debe imponerlo con el vigor de sus sanciones.

Se debe llevar los medios de previsión a su más alto grado de eficiencia y propender a su más amplia divulgación.

Educar ante todo al obrero, ya que, desgraciadamente, en nuestro ambiente falta la colaboración del mismo en el uso sin retribuciones de esos medios.

Cerca del 60 al 70 % de los accidentes oculares del trabajo pueden incluirse entre los denominados «pequeños accidentes de la industria» (cuerpos extraños en la córnea, conjuntivas, superficialmente enclavados, erosiones superficiales, quemaduras químicas) y ellos son absolutamente evitables.

Dentro de los medios de previsión propuestos, quizá son tres los que probablemente planteen cuestiones que urge desde ya solucionar: la obligatoriedad por ley del uso de medios de protección individuales; el examen del obrero previamente a su entrada en el talller o fábrica, y, algo muy importante, en la campaña de las lesiones oculares y que es la realización de un examen de ingreso a todo aspirante a ocupar cargos o faenas.

Actualmente los medios de previsión que se suman en nuestro país son deficientes y en condiciones que explican la actitud de los obreros de resistirse a trabajar así.

En la Sección Oftalmología de la Secretaría de Salud Pública, durante el intervalo comprendido entre los años 1941 a 1943, fué examinado el aparato visual de 3.496 sujetos en trá-

mites por jubilaciones, accidentes del trabajo, licencias, y certificados de aptitud física (estos últimos para ferroviarios). Se pudo comprobar la existencia de ceguera monocular en 248 casos, de los cuales 97 eran consecutivos accidentes del trabajo (39 %).

SECRETARIA SALUD PUBLICA
**SECCION OFTALMOLOGIA**
**Exámenes practicados (1941-1943)**

| EXPEDIENTES | Examinados | Ceguera monocular | Indice | Ceguera total | Indice |
|---|---|---|---|---|---|
| Jubilaciones | 1.153 | 113 | 9.8% | 35 | 3.08% |
| Accidentes | 1.455 | 97 | 6.6% | — | — |
| Licencias | 447 | 22 | 4.9% | 2 | 0.44% |
| Ferroviarios | 441 | 16 | 3.6% | 1 | 0.23% |
| Totales | 3.496 | 248 | 7.0% | 38 | 1.00% |

Este porcentaje resulta elevado comparado con los de otros países, pero no lo es si se piensa que esta estadística se refiere exclusivamente a sujetos adultos, quedando así eliminados otros factores de ceguera que intervienen en la infancia y adolescencia. Por otra parte, se han computado como cegueras algunos casos de afaquia y de catarata traumática que, aun conservando visión, ella no fué considerada a los fines de la indemnización.

Según el censo industrial del año 1944, había en nuestro país 57.978 establecimientos industriales que ocupaban a 732.046 obreros.

Es excluído en esta cifra el personal superior y administrativo, así como el no menos numeroso contingente de obreros rurales.

Toda esta inmensa y siempre creciente masa obrera, expuesta a los riesgos del trabajo, bien merece una preferente atención en lo que se refiere a reducir a un mínimo los accidentes, pues si éstos pueden ser, algunas veces, obra de la fatalidad, no es menos cierto que, en su mayoría, podían haberse evitado.

M. Davidson, oculista del Departamento del Trabajo del Estado de Nueva York, señala con un 3% la proporción de los traumatismos oculares en los accidentes del trabajo. Por supuesto, que este porcentaje está sujeto a variaciones relacionadas con el lugar, industria, medidas de seguridad, etc., lo que hace que varíe de un 3 a 10 % en las diferentes estadísticas. Pero si razones de orden humanitario no pudieran prevalecer para procurar reducir al mínimo el número de accidentes del trabajo, quedarían por señalar otras razones, quizá más efectivas, que son las de carácter económico, pues dada la elevada tasa de incapacidad que tiene fijado el ojo, el monto de las indemnizaciones en lesiones oculares de trabajo

representa anualmente cifras muy elevadas. Un dato elocuente que permite apreciar la repercusión económica de esta clase de accidentes, lo constituye el monto anual de la indemnización por lesiones oculares, solamente en el Estado de Nueva York, que es de un millón de dólares.

Por ello, bien puede afirmarse que todo gasto hecho en materia de previsión de los accidentes del trabajo, representará siempre una economía.

La especial delicadeza del órgano visual hace que mínimos traumatismos determinen, muchas veces, consecuencias graves para la función visual, con la consiguiente elevada indemnización, lo que no sucede con otros órganos de la economía cuyas lesiones curan sin dejar muchas veces incapacidad. Además, la cura de una lesión ocular obliga a menudo a la pérdida de muchas jornadas de trabajo.

Del análisis de 100 observaciones hechas en la Sección Oftalmología de la Secretaría de Salud Pública, en la que se hubo de fijar indemnizaciones por incapacidades visuales consecutivas a accidentes del trabajo, el mayor porcentaje (30 %) correspondió a las indemnizaciones por la pérdida de la visión de un ojo que, de acuerdo a la Ley respectiva, le corresponde el 42 % de la capacidad total obrera.

En el período 1916-1920 que corresponde a los 5 primeros años de vigencia de la Ley 9.688 en nuestro país, ingresó a la Caja de Accidentes, en concepto de indemnizaciones, la suma de pesos 3.475.351,72, m|n., de la que se beneficiaron 2.723 obreros accidentados. En 1927 la suma ingresada fué de $ 2.892.824,78.

El creciente aumento del monto por indemnizaciones de accidentes del trabajo lo ponen de manifiesto los datos que a continuación se transcriben y que fueron facilitados por la Caja de Accidentes del Trabajo (Ley 9.688).

Han ingresado en dicha Caja por accidentes indemnizados en el año 1943, 7.275 indemnizaciones con un monto total de pesos 7.720.614 m/n., clasificados como sigue:

| Accid. fatales | | Incap. absoluta | | Incap. parcial | | Conjunto | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casos | Importe | Casos | Importe | Casos | Importe | Casos | Importe |
| 584 | 2.670.236 $ | 62 | 300.342 $ | 6.629 | 4.750.035 $ | 7.275 | 7.720.614 $ |

Debe tenerse en cuenta que en estas cifras no están comprendidos todos los casos de indemnización habidos en el curso del año 1943, ya sea porque las correspondientes sumas ingresaron en otras Cajas Provinciales o bien por pago directo del patrón al obrero. Además, debe sumarse el monto siempre elevado, representado por los medios jornales abonados mientras el obrero accidentado ha debido mantenerse alejado del trabajo.

En el transcurso del año 1943 la Sección Traumatología de la Secretaría de Salud Pública evacuó 5.212 consultas por accidentes del trabajo. De este número de obreros accidentados fué solicitado el correspondiente informe sobre el aparato visual en 427, de los que 136 resultaron acreedores a indemnización por presentar incapacidad de causa ocular. El monto total de las indemnizaciones fijadas a esos 136 obreros alcanzó la suma de $ 175.477, siendo de destacar el elevado número (39) de cegueras monoculares comprobadas.

El mecanismo de producción de las lesiones oculares es debido, frecuentemente, a la acción directa de un cuerpo vulnerante que alcanza al ojo, siendo más raro que este venga a golpear un obstáculo (caída, choque).

Por efecto de traumatismos a distancia, es decir, por una acción indirecta, el aparato visual puede ser lesionado por intermedio de órganos vecinos como sucede en los traumatismos craneanos y arbitrarios que pueden afectar los centros visuales, vías ópticas, nervio óptico, nervios óculomotores, etc.,

Sin que constituyan traumatismos propiamente dichos, pero también como lesiones oculares inherentes al trabajo, deben señalarse las alteraciones consecutivas a envenenamientos, intoxicaciones, variaciones de presión (trabajos en cámaras de aire comprimido), acción de corrientes eléctricas, emanaciones gaseosas, insolación etc., muchas de las cuales pertenecen, más que a los accidentes del trabajo, a las enfermedades profesionales.

El pequeño cuerpo extraño que alcanza al ojo para quedar enclavado en la córnea o la conjuntiva es, con mucho, el tipo más frecuente de lesión ocular por accidente del trabajo, como lo demuestran numerosas estadísticas. Le siguen en una mucho menor proporción las heridas (comprendidos los cuerpos extraños intraoculares), las contusiones y las quemaduras.

La estadística sobre 100 observaciones de lesiones oculares que determinaron incapacidad visual, muestra, en primer lugar, la gran frecuencia de los cuerpos extraños de córnea y conjuntiva (61 %), viniendo a continuación las siguientes causas:

Cuerpos extraños intraoculares . . . . . . . . 19 %
Contusiones y heridas . . . . . . . . . . . . 9 %
Quemaduras de córneas y conjuntivas . . . . . 7 %

Es sabido que la frecuencia de los accidentes oculares varía con las distintas profesiones, siendo particularmente la industria del hierro, de la piedra y la madera, las que más exponen a las lesiones oculares. Con respecto a la edad, puede decirse que las lesiones oculares son, especialmente, frecuentes hasta los 35 años, y la razón no parece ser porque los obreros que han pasado dicha edad sean menos numerosos o menos expuestos, sino porque entonces conocen mejor el oficio.

Una rápida revista a todas aquellas enfermedades profesionales que son reconocidas como tales por nuestra ley como accidentes, mostrará las manifestaciones oculares que las mismas pueden acusar.

La neumoconiosis, que encabeza la lista de las enfermedades profesionales legalmente reconocidas, es un término bajo el cual se designan afecciones pulmonares resultantes de la inhalación y luego fijación en el parénquima pulmonar de polvos flotantes en ciertos ambientes de trabajo.

De acuerdo a la naturaleza del polvillo se distinguen diversas variedades de neumoconiosis; señalamos solamente las que indica la ley: tabacosis (polvo de tabaco en los obreros de fábricas de cigarrillos); antracosis (polvo de carbón en los mineros, deshollinadores) y siderosis (polvo de hierro en la industria metalúrgica). La acción directa de estos agentes exteriores se hace sentir también sobre el ojo y sus anexos.

1.° *Sobre los párpados se tienen alteraciones que se designan bajo el nombre de blefaroconiosis.* — Las más importantes son las dermatosis profesionales, cuyas lesiones, si bien de orden local, pueden estar bajo la dependencia de reacciones generales del organismo, interviniendo aquí la predisposición individual.

Como localización más frecuente de las lesiones, tenemos el borde palpebral, el que puede determinar deformaciones persistentes y molestas: blefarofimosis, anquilobléfaron, triquiasis, entropión, ectropión, con o sin eversión del punto lagrimal.

2.° *Sobre la conjuntiva.* — Es, particularmente, la porción que dejan en descubierto los párpados, la más expuesta pero también llega a participar la conjuntiva tarsal y de los fondos de saco.

A las conjuntivitis hiperémicas, imputables al polvillo, puede seguir una conjuntivitis hipertrófica con formación de folículos.

Al ocuparse de enfermedades infecciosas oculares de origen profesional, se verá la importancia que se les asigna a las partículas que llegan al ojo, ya porque pueden ser portadoras de diversos gérmenes o porque con sus microtraumatismos favorecen la inoculación de una infección.

3.° Sobre la córnea, en los marmoleros y picapedreros se han descripto lesiones provocadas por la incrustación de polvo de piedra en las capas superficiales de la córnea, pudiendo originar una marcada disminución de la visión.

Con respecto a la tabacosis, originada por la inhala-

ción de polvillo de tabaco en fermentación, junto con los trastornos locales, palpebrales y conjuntivales antes señalados, se han descripto lesiones provocadas por trastornos visuales que son de dos órdenes: unos, de origen central (hemianopsia por reblandecimiento de origen vascular) y los otros, debidos a la afección de los nervios ópticos.

*Saturnismo. Se señalan trastornos óculomotores y sensoriales.* Son frecuentes las parálisis del nervio motor ocular externo y puede haber disminución y hasta abolición de la visión por lesiones de neuritis tóxicas con retracción periférica del campo visual, como manifestación muy común.

*Hidrargirismo.* — El cuadro clínico del hidrargirismo crónico se caracteriza por trastornos digestivos (estomatitis con lesiones dentarias), trastornos nerviosos (temblor, accesos de contractura, parálisis, neuralgias). En cuanto a los trastornos visuales se han señalado muy raramente, siendo el más común la neuritis retrobulbar.

*Cuprismo.* — Es una intoxicación extremadamente rara, y si se presenta, hay que atribuirla a las impurezas (plomo), siendo su cuadro entonces el de Saturnismo.

*Trastornos patológicos debidos al radio y demás substancias radioactivas y a los Rayos X.* — Pueden aparecer en obreros que se ocupan de la extracción o de la preparación de substancias radioactivas, o bien médicos o enfermeros que manipulan Rayos X, y por fin, en trabajadores que utilizan dichos rayos industrialmente. Puede decirse que, en la actualidad, un mejor conocimiento de su acción y las precauciones que se toman, hacen que dichas alteraciones se presenten con extrema rareza.

Como alteraciones del aparato visual debidas a los Rayos X y substancias radioactivas, se señalan, por una parte, consecuencias directas de la irradiación local (radiodermitis palpebral, epitelioma cutáneo, conjuntivitis, cataratas, etc.), y por otra parte, consecuencias indirectas por irradiación general (manifestaciones oculares de una leucemia o localización orbitaria de una metástasis, por ejemplo).

*Epiteliomas primitivos de la piel, originados por la manipulación del alquitrán, de la brea, del betún, de los aceites minerales, de la parafina o sus compuestos, productos o residuos de estas substancias.*

La manipulación de los arriba mencionados sub-productos de la hulla pueden determinar, de una parte, fenómenos de intoxicación provocados por los hidrocarburos y, por otra parte, trastornos locales, especialmente cutáneos.

De esta segunda variedad de lesiones, que es la que aquí nos interesa, cabe señalar la frecuencia de la localización palpebral.

(Kenway señala 13 cánceres palpebrales sobre 132 cánceres de alquitrán).

Como manifestaciones oculares se han descripto: hemianopsias, diplopias, nistagmus y hemorragias retinianas.

Entre las causas de ceguera figuran también las intoxicaciones medicamentosas por abuso o mala aplicación de ciertos productos terapéuticos. Se pueden citar la quinina, algunos antihelmíticos (helecho macho, corteza de maíz desgranado), el cornezuelo del centeno y la ergotina. El arsénico, sobre todo los preparados pentavalentes (atoxil, hectina, arsacetina, estovarsol) que suelen tener acción particularmente deletérea sobre el nérvio óptico.

Deben figurar en la lista otros medicamentos que pueden ser motivo de trastornos visuales cuando se los usa sin control médico; tales como los barbitúricos, la belladona, las sulfamidas, el dinitrofenol, etc.

Las intoxicaciones por el alcohol y el tabaco pueden afectar seriamente el aparato visual. Sería necesaria la participación de la sección oftalmológica en el contralor de toxicidad de estas substancias.

Las *intoxicaciones alimenticias* que pueden afectar la visión se deben, ya sea a substancias orgánicas en estado de descomposición, o contaminadas por gérmenes como el botulismo por ejemplo.

### ORGANIZACION

La organización que tendrá a su cargo la prevención de los accidentes oculares tendrá su sede en el edificio de la Dirección de Oftalmología; será su Jefe un oftalmólogo con título de médico legista y|o higienista.

Tendrá para su mejor funcionamiento, locales adecuados para la experimentación y el material científico necesario para el estudio de los accidentados, con el objeto de determinar el grado de incapacidad resultante.

Será el asesor obligado de los organismos del Estado en todas las consultas y peritajes que le fueran solicitados, siendo su juicio inapelable. Coordinará su acción con las Direcciones de Medicina e Higiene Industrial y Medicina del Trabajo, en las tareas de inspección, habilitación de fábricas, talleres, etc., así como en forma específica, en todos los problemas en que se refiera a la progresión de los accidentes oculares.

Será el planificador de la intensificación de la propaganda en todos sus aspectos de educación sanitaria. Procurará, por todos los medios, levantar las estadísticas de los accidentes oculares en el país, valiéndose de encuestas y otros medios adecuados a tal fin.

## Profilaxis de las Enfermedades Oculares Transmisibles por Herencia, con el Objeto de Evitar el Engendro de Hijos con Defectos Visuales o Ciegos

La transmisión de enfermedades oculares por herencia es un problema de caracteres alarmantes en ciertos tipos de formas clínicas. Esta categoría de afecciones tiene la característica de conducir a la ceguera en cierto plazo.

La transmisión se efectúa de acuerdo con las leyes de Mendel. Cuando el carácter de esta alteración es dominante, hay mayores probabilidades de que la herencia patológica se presente.

Como medidas eugenésicas para evitar la reproducción en la prole de enfermedades de este tipo, se han practicado varios métodos, como la esterilización realizada en Europa y Norte América desde el año 1899 hasta el año 1942, que se ha ido estableciendo con fines eugenésicos.

Actualmente está implantado en 29 Estados de la Unión en diversos casos de enfermedades y se llevan efectuados hasta 1940 33.000 esterilizaciones.

En nuestro país, profundamente católico, esta práctica debe ser substituída por otra más adecuada a nuestro medio social, que permita la estrecha vigilancia sobre los seres irresponsables portadores de genes dominantes capaces de transmitir la ceguera o graves afecciones que resten capacidad al individuo.

Con respecto al problema que crea la transmisión del tipo hereditario en oftalmología, en necesario tener en cuenta, en cada caso en particular, una serie de condiciones que pasamos a enumerar.

Si el examen completo ocular de todos los candidatos a contraer matrimonio revela una afección en su aparato visual de carácter hereditario, se efectuará un estudio previo de la misma, a fin de determinar su extensión y gravedad con respecto a la función visual y si se acompaña o no de otras afecciones en su fenotipo (cuerpo del sujeto).

Luego se procederá a la determinación de la forma hereditaria, mediante estudios del árbol genealógico del sujeto en cuestión.

Toda persona portadora de una grave afección visual, de carácter hereditario, con una incapacidad vecina a la ceguera que se herede en forma dominante, no debería casarse. Las afecciones de este tipo son las siguientes: la anoftalmía, la microftalmía en sus formas graves; la criptoftalmía; la hidroftalmía hereditaria; glaucoma juvenil; queratodistrofia hereditaria, granulosa o medular (forma dominante), queratitis reticulada, ectopía del cristalino y la aracnodactilia; la luxación espontánea del cristalino; microfaquía; catarata congénita, especialmente cuando está unida a la debilidad mental; catarata polar anterior, cuando la visión está

muy disminuída; ceguera total a los colores, con nistagmus y ambliopía; la degeneración hereditaria macular; la angiomatosis de la retina y la neuro fibromatosis.

Con respecto a las afecciones hereditarias oculares, que se transmiten en forma recesiva (pueden faltar totalmente los antecedentes hereditarios), será necesario recomendar que se evite el casamiento entre parientes cercanos. Tales afecciones son idiocía-amaurótica infantil (no tener más hijos); retinitis pigmentosa con sordera; enfermedad de Moon-Biedl-Laurence; albinismo, atrofia óptica hereditaria, enfermedad de Oguchi, nistagmus, queratosis macular distrófica, casos leves de enfermedad de Marfan, desprendimiento hereditario de la retina; idiocía amaurótica juvenil y formas recesivas de la retinosis pigmentosa.

Con respecto a esta última enfermedad, tiene la característica de que las personas que la padecen suelen ser muy prolíficas. Es por ello que la cantidad de ciegos congénitos, a causa de las numerosas enfermedades citadas, está destinada a crecer día a día, mostrándose la terapéutica médica sin armas para combatirla.

Se ha planeado la organización de la profilaxis en base a la amplia difusión sanitaria, a la acción directa de instrucción y persuación a cargo del servicio del médico social, y a la intensificación del examen oftalmoscópico prenupcial, tendiendo a efectuarlo la totalidad de los contrayentes.

### Organización de la Profilaxis Prenupcial

La centralización de la profilaxis estará radicada en el Consultorio de Eugenesia y Contralor de la Concepción, el que funcionará en la sección Genética de la Dirección de Oftalmología. En coordinacióu con la sección de igual especialidad de la Dirección de Protección a la Madre y al Niño.

Deberá tener como finalidad evitar el engendro de seres portadores, en su fenotipo, de genes cuya característica involucre enfermedades oculares que conduzcan a la ceguera o a incapacidades visuales graves.

La dirección estará a cargo de un Jefe de Consultorio Prenupcial Central. La centralización de la profilaxis estará radicada en el Consultorio de Eugenesia y Contralor de la Concepción y funcionará en la Sección Genética del Departamento de Investigaciones de la Dirección Oftalmológica. El Jefe del consultorio será el encargado de la organización sanitaria, de la discriminación de las enfermedades que se consideren hereditarias graves y de la campaña de difusión sanitaria.

El examen oftalmológico prenupcial será realizado gratuitamente por todos los especialistas que prestan servicios en los hospitales de la Secretaría de Salud Pública de la Nación; en caso de comprobarse enfermedad ocular transmisible, se comunicará al

Consultorio Central Prenupcial acompañando la ficha respectiva y los correspondientes datos personales y genealógicos. A dichos efectos, el Jefe del Consultorio remitirá a todos los servicios especializados del país, la ficha correspondiente y la nómina de las enfermedades hereditarias que no hagan aconsejable el casamiento y la procreación. El Consultorio contará con el asesoramiento de especialistas en genética.

La estadística dará con el tiempo, en sus curvas, el aumento o disminución de enfermos de este tipo y en base a ella se podrán fundar las medidas que la importancia del problema social signifique para el bienestar común.

## Organización de la Lucha Contra las Oftalmías Infecciosas del Recién Nacido

La oftalmía purulenta del recién nacido es una afección ocular grave, que puede conducir a la ceguera; no constituye una entidad etiológica, puesto que puede ser debida a diversos gérmenes, pero razones de orden práctico hacen que se incluya en esta denominación a todas las blenorreas del recién nacido.

En la mayoría de los casos y, en especial, en casi todos los graves, es producida por el gonococo. La infección tiene lugar, de ordinario, durante el parto, o durante el primer baño del recién nacido, por manos poco aceptizadas de personal enfermo o contaminado. La secreción vaginal se deposita sobre los párpados y penetra por la hendidura palpebral en el ojo, ya inmediatamente o bien al abrir el niño los párpados por primera vez. Los primeros síntomas de dicha enfermedad se manifiestan a los dos o tres primeros días.

A veces, la infección aparece días más tarde y entonces la causa no puede referirse al parto, sino a que los gérmenes han sido llevados por las manos, ropas, o bien, contagiados por otros niños a través de estas últimas vías.

La terapéutica consiste, en el primer período, en la limpieza prolija de la piel de los párpados y en la instilación de gotas de solución de nitrato de plata al 1,5 % en las conjuntivas inmediatamente después del parto (método Crede).

La profilaxis de la oftalmía del recién nacido, desempeña un papel de más importancia que en el adulto. Es posible que no exista otra enfermedad ocular en la que el éxito preventivo sea comparable al logrado en la conjuntivitis que nos ocupa, cuya desaparición quizá pueda alcanzarse totalmente.

No existen estadísticas en nuestro país en lo que se refiere a la oftalmía neonatorum, pero en base a las de otras naciones de similar composición racial se puede calcular que el 50 % de las conjuntivitis del recién nacido son de causas blenorrágicas.

Las complicaciones a que da lugar ocasionan casi siempre, cegueras bilaterales. Un gran número de ciegos del país debe a dicha causa la pérdida de la visión. Tal vez haya descendido su número en la actualidad debido a los mejores medios terapéuticos de que se dispone y a las medidas profilácticas que en forma aislada se practican.

Otra medida profiláctica a llevar a cabo con el mismo fin, será el recomendar a los servicios asistenciales de las maternidades el examen bacteriológico de la secreción baginal de la embarazada antes del parto, con el objeto de instituir el tratamiento previo si se comprobara la presencia de infección transmisible al recién nacido.

La importancia de la profilaxis es tal, que en ciertos países en que su frecuencia era de un caso cada veinte partos, el empleo de métodos profilácticos hizo descender la cifra a uno o dos casos cada mil.

Debe centralizarse la profilaxis en lo que respecta a la propaganda de difusión sanitaria. La parte asistencial profiláctica la ejercerán los médicos y parteras de los distintos servicios de las maternidades.

## ORGANIZACION

La sede central de la organización de la profilaxis de las oftalmías del recién nacido, estará en la Dirección de Oftalmología del Instituto de Higiene Pública.

Tendrá como finalidades:

Ser el Centro de Difusión Sanitaria.

Instruir en la ejecución de las medidas profilácticas adecuadas al personal de las maternidades, a cuyo fin contará con el asesoramiento del Instituto de Investigaciones de las Oftalmías Infecciosas.

Organizar el Censo Permanente.

El personal encargado de la Sección de Profilaxis de las Oftalmías del recién nacido, estará constituído por un oftalmólogo y personal auxiliar, necesarios para la organización de la estadística, la provisión de los elementos necesarios para la profilaxis en las maternidades y la campaña de difusión sanitaria.

## READAPTACIÓN DEL CIEGO Y DEL AMBLÍOPE

Son ciegos, en el concepto social y respecto de los fines que nos ocupan, tanto el ciego absoluto como el que solo tiene percepciones luminosas y visión informe del mundo exterior.

Ambos necesitan la tutela u orientación del Estado, a los fines de que su defecto físico, definitivo e invariable, se compense con una educación especializada que los capacite para tareas bien definidas, las que, una vez adquiridas, modifiquen su situa-

ción social, permitiéndole subvenir a sus necesidades elementales en la medida de sus fuerzas y habilidad profesional.

Los amblíopes son personas que nacen o adquieren, a raíz de enfermedades o accidentes, una debilidad visual que persiste a pesar de la corrección óptica y que se caracteriza por una disminución marcada de la agudeza visual. Acontece este defecto, generalmente, en la edad temprana, exigiendo una educación escolar bien reglada en locales especiales y con material de enseñanza adecuado, a los efectos de hacerlos recuperar la vista y proveerlos de una cultura que no los inferiorice en su vida futura.

Este problema de reeducación y readaptación, de tan honda trascendencia humana, exige la intervención del Estado en forma integral, para que ejerza la orientación y tutela de los organismos rectores.

A los efectos de organizar con bases lógicas y utilizar racionalmente los esfuerzos del Estado en este sentido, necesitamos:

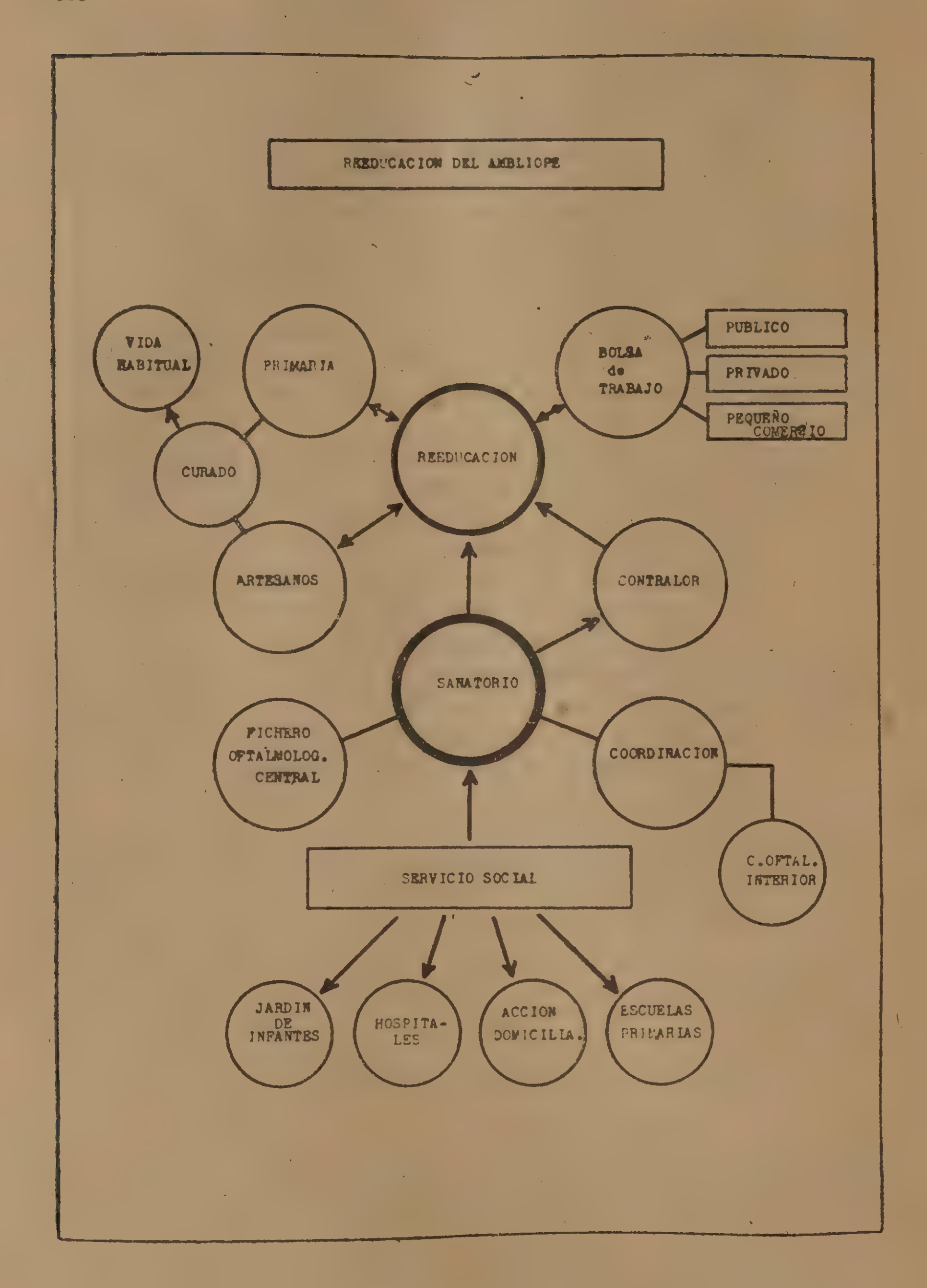
*a)* Censar con exactitud y por intermedio del servicio social, el número de ciegos y amblíopes.

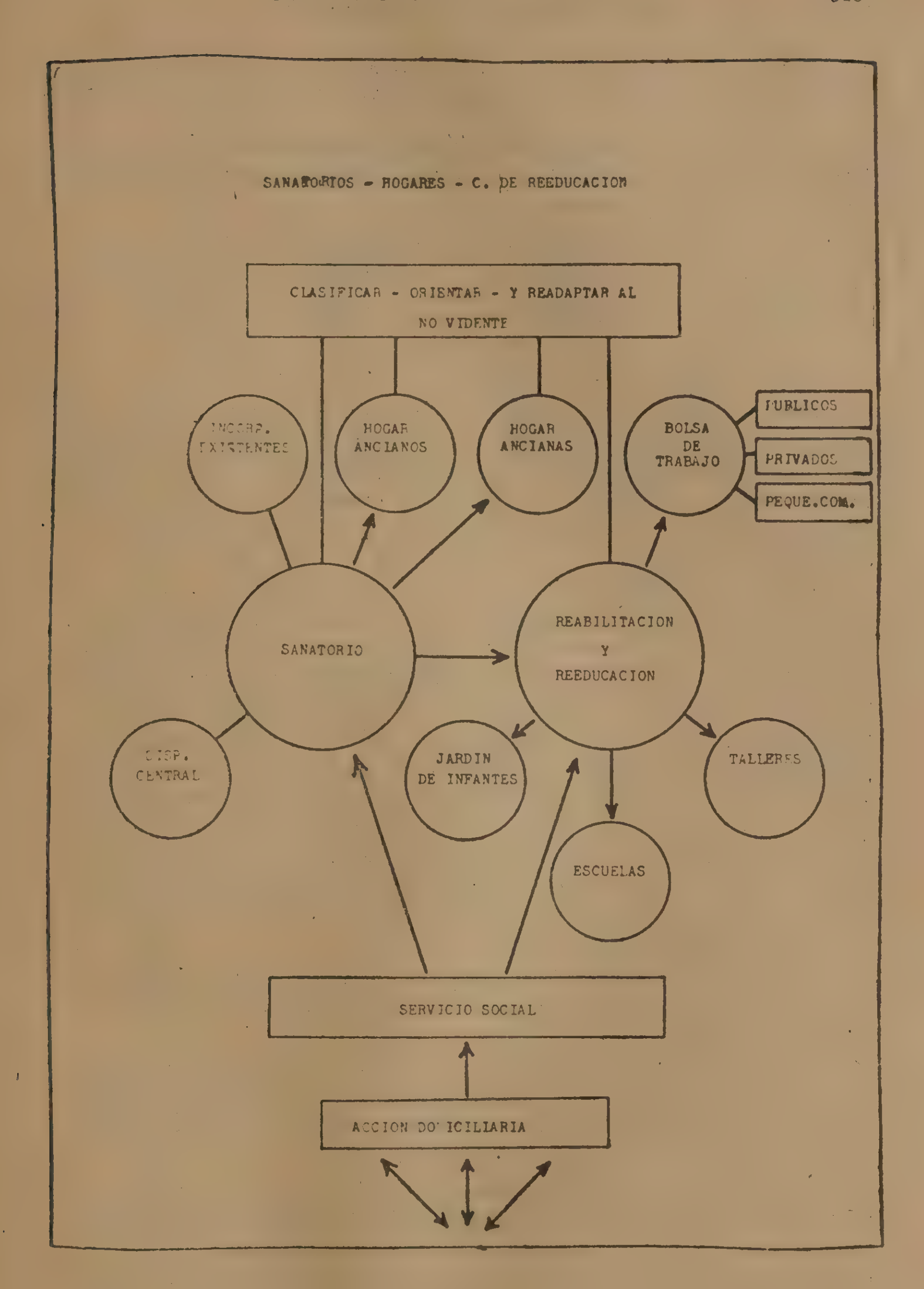
*b)* Clasificarlos de acuerdo a edad, capacidad de reeducación y readaptación, salud general, etc.

*c)* Orientarlos a los establecimientos correspondientes, talleres, así sea para incapaces, etc., anexos a los sanatorios para iniciar la labor educativa.

*d)* Propender a la modificación de las Leyes del Trabajo, para que consideren la situación del ciego y del amblíope readaptado.

*e)* Organizar los Institutos de Educación en forma completa, a los efectos de que subvengan a sus existencias; colocación del producto de su trabajo, contrato de profesores, compra de material de enseñanza, etc.


REEDUCACION DEL AMBLIOPE
VIDA HABITUAL
PRIMARIA
BOLSA de TRABAJO
PUBLICO
PRIVADO
PEQUEÑO COMERCIO
CURADO
REEDUCACION
ARTESANOS
CONTRALOR
SANATORIO
FICHERO OFTALMOLOG. CENTRAL
COORDINACION
C.OFTAL. INTERIOR
SERVICIO SOCIAL
JARDIN DE INFANTES
HOSPITALES
ACCION DOMICILIA.
ESCUELAS PRIMARIAS


SANATORIOS - HOGARES - C. DE REEDUCACION
CLASIFICAR - ORIENTAR - Y READAPTAR AL NO VIDENTE
INCORP. EXISTENTES
HOGAR ANCIANOS
HOGAR ANCIANAS
BOLSA DE TRABAJO
PUBLICOS
PRIVADOS
PEQUE.COM.
SANATORIO
REABILITACION Y REEDUCACION
DISP. CENTRAL
JARDIN DE INFANTES
TALLERES
ESCUELAS
SERVICIO SOCIAL
ACCION DOMICILIARIA

A) CENSAR CON EXACTITUD Y POR INTERMEDIO DEL SERVICIO SOCIAL EL NÚMERO DE CIEGOS Y AMBLÍOPES

No se ha efectuado desde 1914 un Censo General que nos dé las cifras de ciegos existentes. En esa fecha existían 6.857 ciegos entre 7.885.237 habitantes.

| Año<br>— | Población<br>Total | Población<br>Ciega | Proporción<br>1/100.000 |
|---|---|---|---|
| 1869 | 1.836.490 | 3.529 | 2,03 |
| 1895 | 3.984.911 | 3.526 | 8,9 |
| 1914 | 7.885.237 | 6.857 | 8,7 |

Según los cálculos de probabilidades de la Oficina de Bioestadística del Ministerio del Interior, en base al crecimiento respectivo de la población del país y a las proporciones determinadas por los censos anteriores, el número de ciegos que existía en 1942 en la República Argentina era de 13.709, entre una población de 13.709.238 habitantes.

La cantidad de ciegos en nuestro país, de acuerdo a los supuestos, que se calcula a razón de 1 por cada 1.000 habitantes, parece exigua y fría, pero si nos colocamos en una situación realista ante el problema y en la responsabilidad estatal correspondiente ante el mismo, a ninguna conciencia escapará la deprimente situación social de esos desdichados, inútiles a sí mismos, a sus familiares; carga constante y objeto de la conmiseración pública o explotados inicuamente por empresarios inescrupulosos. Esta responsabilidad del Estado crece al conocer la forma en que han encarado el problema los países más civilizados de la tierra, educándolos desde el comienzo de su desgracia y adaptándolos a condiciones sociales de utilidad personal y general en el medio habitual de su residencia.

La reeducación del ciego está, en la actualidad, a cargo del Estado o de Instituciones supervisadas oficialmente; existen, además organismos privados.

El número de ciegos reeducados en instituciones oficiales no alcanza a 1.500, quedando, por lo tanto, la mayor parte de los ciegos del país sin instrucción y educación especial que les permita contribuir con su aporte a la sociedad.

Si consideramos el problema desde el punto de vista económico en lo que se refiere a la capacidad laborativa, y sin tener en cuenta los gastos que actualmente ocasiona el mantenimiento de la población ciega, y descartando, por razones de edad, sexo u otros factores, que el 30 % no se halla en condiciones de producir, nos encontramos con que el 70 % restante deja de producir (calculando un jornal mínimo de $ 6.00 diarios), $ 18.000.000 anuales, aproximadamente.



144.000
288-A
282.000
564-A
65.000
130-A
611.933
1222-A
160.000
320-A
522.632
1046-A
387.153
774-A
186.757
374-A
545.277
1090-A
114.840
235-A
1593.946
3186-A
232.236
464-A
1.336.743
2.674-A
780.598
1.562-A
207.186
414-A
543.108
1086-A
4800-A
3.710.442
7420-A
195.892
392-A
59.913
120-A
135.200
270-A
65.625
132-A
24.672
50-A
2300
4-A
CALCULO APROXIMADO DE AMPLIOPES
1942
HABITANTES: 13.709.238
AMPLIOPES: 27.418
PROMEDIO
200 por 100.000 Hs.

La readaptación del ciego debe orientarse hacia el mayor desarrollo de los otros sentidos (tacto, oído, etc.), que puedan suplir aunque parcialmente, la pérdida de la visual. No entraremos a detallar los métodos educativos del ciego, cuyos conocimientos, por lo específico del problema, escapan al objeto definido de esta presentación de carácter ilustrativo. Lo necesario es que los métodos sean aplicados a la totalidad de los ciegos del país.

Con respecto al número de amblíopes existentes, sólo poseemos los datos del Cuerpo Médico del Consejo Nacional de Educación, que tiene fichados en la Capital Federal, en el año 1945, más de 1.500.

En el resto de nuestro territorio no se conocen más que datos incompletos que, referidos al cálculo de probabilidades, hacen ascender el número de ciegos a más de 28.000. No existe en la República Argentina ninguna escuela especializada para la reeducación del amblíope, a pesar de su número elevado. Si consideramos reducida a un 50 por ciento su capacidad de producción, se obtiene la cantidad de 25 millones de pesos por año que pierde el Estado en trabajo de estos individuos. Esto, sin comprender las pérdidas naturales por falta de orientación profesional, hasta que el amblíope llega a capacitarse en el trabajo adecuado.

En todos los países adelantados, las escuelas para amblíopes han multiplicado su número, con resultados altamente satisfactorios según las estadísticas. Urge, entonces, la pronta instalación de los establecimientos adecuados para su educación.

B) CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A LA EDAD

Esta labor, de importancia primordial, será efectuada por oftalmólogos especializados, en colaboración con el servicio social y psicopedagógico (Test). Permitirá una rápida orientación de los diferentes enfermos y una colocación precisa en los establecimientos creados al efecto.

C) ORIENTACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS

Anexo a los Sanatorios de Cura, se instalarán jardines de infantes para ciegos menores de 7 años. Escuelas primarias y talleres y personal de maestros especializados, etc., enseñarán a los pacientes bajo el control del Cuerpo Médico del Sanatorio.

Se crearán colonias-asilos para ciegos incapaces. Asimismo se habilitarán en los centros poblados con gran número de amblíopes, aulas en colegios generales, con maestros especializados y con programas de estudios apropiados a los niños concurrentes.

D) PROPENDER A LA LEGISLACIÓN DEL CIEGO

Tomado el ciego de la familia para la reeducación, puede la misma quedar en desamparo, en cuyo caso los medios de previsión social atenderán la subsistencia.

Durante el período que dure el aprendizaje no debe recibir remuneración. El producto de su trabajo, si lo hubiere, será destinado, en parte, al establecimiento que lo educa, quedando facultativa la renta del excedente y reingresando el capital así obtenido al mismo establecimiento, para perfeccionarlo.

Cuando el ciego o amblíope ha terminado su aprendizaje, es reintegrado a la sociedad con su profesión, que ejercerá particularmente en pequeños comercios mediante concesiones preferenciales o por cuenta del Estado.

### E) ORGANIZAR LOS INSTITUTOS, ETC. ETC.

Los establecimientos de reeducación del ciego y el amblíope serán de distinto tipo. El amblíope se instruirá en la escuela en aulas especiales construídas científicamente y con material, de enseñanza adecuado, estando a cargo de la instrucción maestras especiales y bajo inspección técnico-médica.

Una vez adquiridos los conocimientos elementales de la escuela primaria, y si no se curase su enfermedad, continuará su readaptación en los establecimientos creados para artesanos.

El ciego comenzará su instrucción y educación en establecimientos especiales.

Los institutos funcionarán con cierta autonomía de recursos. Se tratará que subvengan a su sostenimiento, mediante el producido de la labor de los educandos.

El instituto tendrá libertad para vender un tanto por ciento del producto del trabajo; podrá contratar profesores, material de enseñanza, etc., en la medida de lo posible.

### REGLAMENTACIÓN DE LA TERAPÉUTICA OFTALMOLÓGICA

La terapéutica oftalmológica, cuando no está bien reglada y no se ajusta a determinadas condiciones, puede causar más daño que la enfermedad misma.

El médico especialista debe recurrir, en el tratamiento de las afecciones oculares, a diversos productos e instrumental óptico, cuya fabricación está confiada a la industria privada. Se hace necesario, por lo tanto, ejercer un contralor directo sobre la manufactura de las especialidades oftalmológicas y sobre las drogas básicas que entran en su constitución; asimismo debe fiscalizarse la confección de los aparatos ópticos (anteojos correctores, protectores, etc.).

### LABORATORIOS OFICIALES DE CONTRALOR DE ANTEOJOS

En la práctica se observa, muy frecuentemente, que el anteojo adquirido por el paciente no responde a la prescripción médica. Este hecho incide directamente sobre los resultados tera-

péuticos. El público no dispone actualmente, salvo el contralor privado ejercido por el oftalmólogo, de organismos oficiales destinados a tal fin. Con la creación de estos laboratorios se persiguen dos objetos:

*a)* Permitir al paciente conocer, sin lugar a duda, si el anteojo adquirido responde exactamente al indicado por el médico tratante;

*b)* Fiscalizar los establecimientos dedicados a la fabricación de anteojos, velando por el cumplimiento de las disposiciones vigentes.

Podrán, por lo tanto, realizar las inspecciones que crean necesarias, ya sea en las diversas fases de construcción de anteojos, como sobre los materiales empleados.

La habilitación de los laboratorios de contralor, se hará, preferentemente, en los mismos servicios oftalmológicos asistenciales, debiendo dotárseles de instrumental apropiado. En los centros urbanos en que las necesidades lo exijan, habrá, además, un laboratorio de contralor óptico central, que dependerá directamente de la sección respectiva de la Dirección de Oftalmología de la Secretaría de Salud Pública y cuyo Jefe será un oftalmólogo.

VENTA AL PÚBLICO DE ANTEOJOS A BAJO COSTO Y GRATUITOS PARA LOS POBRES

El empleo cada vez más intensivo de la vista, por los progresos de la civilización (material de lectura, cinematografía, industria, etc.) ha traído aparejada una mayor exigencia del órgano visual. Alrededor de un 90 % de los individuos, tiene deformidades en su sistema de refracción; si bien es cierto que no todos ellos necesitan la corrección óptica correspondiente, por el tipo de trabajo que desarrollan (medios rurales especialmente), queda un gran porcentaje que, dedicado a actividades en centros urbanos, requiere poseer la más eficiente condición de agudeza visual, de tal modo, que no disminuya su capacidad de trabajo.

Después de los 42 años, la casi totalidad de los individuos requiere la corrección óptica correspondiente para compensar su presbicia.

De las razones anteriores se desprende que, prácticamente, la mitad de la población de la República usa o debe usar anteojos correctores, por lo cual estos instrumentos terapéuticos deben ser considerados como artículos de primera necesidad. En la actualidad, el costo de adquisición de los mismos exige un esfuerzo a las posibilidades económicas de grandes sectores de la población, repercutiendo este fenómeno en forma muy directa sobre la instrucción pública, sobre la industria y sobre la economía de la Nación entera.

El Estado debe disponer de los medios necesarios para solucionar este problema. No pudiendo encargarse las instituciones públicas de la confección de anteojos, por dificultarlo diversas razones técnicas, se propone como medio práctico de solución, disponer la obligatoriedad a los comercios de óptica de poner a la venta anteojos económicos a un precio convenido e invariable, para así proveer a los enfermos asistidos en los diversos servicios hospitalarios, de tales elementos a bajo costo y de tipo uniforme, cuyas características deberán ser establecidas.

### PROPAGANDA Y DIFUSIÓN SANITARIA

Partiremos del concepto, ya sancionado en su valor real en la experiencia sanitaria de los países más adelantados de la tierra, de que un millón gastado en medicina preventiva, ahorra más de diez millones de pesos gastados en medicina asistencial.

El plan debe ser completo; debe abarcar todas las edades del individuo, prestando atención especialísima a los niños y maestros; se utilizarán los periódicos y la radio, en trasmisiones en cadena y simultáneas en todas las estaciones. Utilizar sellos postales con leyendas alusivas y timbres alegóricos, realizar propaganda mediante carteles ilustrados con figuras optimistas, que lleven al público la noción de peligro, pero sin caer en un alarmismo grande y elocuente que esterilizará la labor a realizar. Películas breves, de tipo de divulgación y de proyección obligatoria. Combatir el curanderismo y el charlatanismo pseudo científico. Efectuar conferencias en las colectividades y hacer conocer en una mayor simpleza, el origen y evolución de las enfermedades, así como los signos y síntomas de fácil apreciación y de fundamental importancia.

### DIRECCIÓN GENERAL DE OFTALMOLOGÍA

A los efectos de armonizar el plan de lucha preventiva, asistencial y de recuperación (readaptación y reeducación), con el objeto de uniformar medidas terapéuticas, reglar la formación del personal médico y auxiliar, vigilar el ejercicio profesional y subalterno, coordinando este aspecto del Plan Quinquenal con los de Medicina Preventiva, Higiene Escolar e Industrial, se impone la creación de un organismo director que, unificando estos diferentes aspectos aproveche la experiencia del conjunto y armonice con criterio uniforme el funcionamiento de las partes.

El eje de esta Dirección estará representado por la Dirección de Oftalmología que dividirá su atención en los siguientes sectores:

*a)* Lucha antitracomatosa y oftalmías infecciosas.

*b)* Lucha antiglaucomatosa.

c) Prevención de los accidentes oculares.

d) Legislación e Higiene Visual { Código. / Evaluación de los accid. de trabajo.

e) Docencia, con función formadora de personal médico y auxiliar.................... { Vis. de Higiene / Enfermero / Asistencia Social / Optico-Técnico

f) Laboratorio de Investigaciones ....... { Clínicas / Bacteriología / Anatomía Patológica / Física-Optica / Farmacología y Terapéutica

g) Deontología { Curanderismo / Charlatanismo / Casas de Optica } Unific. de método de recuperac. { Laborterapia / Col. de ciegos / » » amblíopes

h) Luminotecnia.

i) Estadística.

## RELACION CON EL PROYECTO DE CODIGO SANITARIO

### TRACOMA

*Ley de Bases.* — Artículo 2.°

Inciso b) Proveer a la asistencia de todos los habitantes, promoviendo la unificación paulatina de toda la asistencia médica y social y su gratuidad para las clases sociales que no cuentan con los medios necesarios para satisfacer integralmente la protección de la salud.

Inciso c) En lo referente a la prevención y erradicación de las endemias regionales, enfermedades cuarentenables o de grave peligro para la comunidad y la sociedad y de otras susceptibles de asumir esos caracteres.

*Ley de Bases.* — Artículo 3.°

Determinar e imponer el aislamiento y el tratamiento de las personas que, por sus condiciones de salud, pudieran constituir un peligro colectivo, disponiendo, en su caso, su internación en lugares apropiados; la observación y vigilancia sanitaria de los sospechosos y toda otra medida conducente para mantener indemne el país o disminuir las consecuencias de las infecciones.

Inciso 13) Instituir y afianzar el reconocimiento médico periódico de la población del país, a fin de asegurar el diagnóstico médico oportuno de las enfermedades y sus profilaxis por el tratamiento en forma precoz, continua y completa.

Inciso 17) Ejercer la fiscalización sanitaria de la inmigración y emigración y de las migraciones internas.

La legislación sanitaria sobre tracoma está contemplada en la Ley 817 sobre inmigración (31 de diciembre de 1923, Art. 10. Inc. a): «Se prohibe la entrada al país de enfermos de tracoma», y en la implantación del certificado de no padecer ni haber padecido tracoma las personas que lleguen al país procedentes del extranjero (Decreto del 10 de mayo de 1932).

Exigiendo, a tal efecto, un certificado otorgado por la autoridad médica del lugar de origen, debidamente legalizado, que acredite en forma especial que el interesado no se encuentra afectado ni ha padecido de tracoma. Se considera que estas disposiciones son suficientes para evitar la entrada al país de estos enfermos

La Ley 12.317 declara al tracoma como enfermedad contagiosa y transmisible, cuya denuncia es obligatoria.

Se tendrá que incluir en la misma que, siendo el tracoma una enfermedad social, deben contribuir a su prevención y tratamiento, la Nación, las provincias y las municipalidades.

Para el mejor cumplimiento de esta misión, la Secretaría de Salud Pública deberá convenir con los gobiernos de provincias, municipalidades e instituciones subvencionadas por el Estado y empresas particulares establecidas en zonas endémicas, la mejor forma de combinar y unificar la acción conjunta.

Se debe crear la Organización Central de la Lucha Antitracomatosa, quien estará a cargo de la asistencia médica gratuita, mediante la instalación de hospitales y consultorios en todas las regiones del país, donde los índices de infección justifiquen su existencia.

Deberá tener facultades para imponer el aislamiento y el tratamiento de las personas que, por el estado de su enfermedad pudieran constituir un peligro, disponiendo en tal caso su internación en lugares apropiados.

Declarar obligatorio el tratamiento de los enfermos de tracoma, como también la denuncia con los términos de la Ley 12.317. En la libreta sanitaria se deberá dejar constancia de si padece o no de tracoma; en caso afirmativo, el enfermo deberá poseer un documento expedido por la autoridad sanitaria, en el que conste el tratamiento continuado y su grado de contagiosidad.

Dicho documento deberá ser exigido por las autoridades nacionales, escolares y empresas empleadoras.

LUMINOTECNIA

Artículo 3.°

Inciso 1) Realizar y estimular el estudio y la investigación de los problemas sanitarios y de asistencia social.

Inciso 11) Estudiar los problemas vinculados a la seguridad física de la población y estudiar y coordinar las otras iniciativas destinadas a la prevención de accidentes.

Inciso 40) Estudiar los problemas vinculados a la higiene y medicina del trabajo y promover y vigilar la aplicación de las medidas tendientes a conservar la salud de los trabajadores, prevenir los accidentes y las enfemedades profesionales.

No existe una legislación que reglamente, en forma completa, el uso de la luz en establecimientos oficiales, fábricas, talleres, etc.

En el orden nacional, lo único legislado hasta ahora respecto de la luz, es el Decreto Reglamentario de la Ley 9688, de accidentes de trabajo, artículo 65, que dice: «Las salas de trabajo estarán convenientemente alumbradas, a fin de no dañar la vista a las personas que en ellas se ocupan».

Como puede observarse, nuestras leyes actuales contemplan el problema en una forma parcial y no especifican detalles. Al decir que la iluminación debe ser conveniente con el fin de no dañar la vista, se involucra con eso una serie de problemas que pueden establecer, en forma específica, la aprobación de un Código de la Luz, que comprenderá la reglamentación de la cantidad de luz mínima y la forma en que debe incidir para no producir deslumbramiento.

Se deberá reglamentar un tipo de iluminación diferente para cada clase de trabajo; pues es distinta, por ejemplo, la luz que necesita aquel que efectúa un trabajo de precisión o la del que maneja una máquina peligrosa, a la de quien tiene tareas más sencillas o para quien no es menester hacer esfuerzos visuales.

Otro punto importante, es la luz en las escuelas y bibliotecas públicas, velando en esa forma por la salud visual y general de los niños y adultos.

Teniendo en cuenta todas estas normas se logrará cumplir con las finalidades contempladas en el Código Sanitario, pues así se evitarán muchos accidentes del trabajo y de otra naturaleza y se hará una obra de preservación é higiene visual, al impedir la fatiga ocular y todas las afecciones que se deriven de la mala iluminación.

Concretando: el Código de la Luz deberá comprender una serie de artículos que reglamenten sobre la iluminación en la ciu-

dad, los caminos, talleres, fábricas, oficinas, laboratorios escuelas y bibliotecas.

Para cada uno de estos casos se determinarán los siguientes puntos: medida de luz mínima de la fuente luminosa; medida de luz de la iluminación mínima que debe haber sobre las superficies de trabajo así como la de los pasillos, rincones, etc.; tipo de iluminación respecto a si debe ser directa, indirecta o difusa, y tipo de aparatos a emplearse.

OFTALMIAS INFECCIOSAS

Artículo 3.°

Inc. 2) Organizar y aplicar las medidas que los principios de la higiene y medicina preventiva hicieran aconsejables.

Inciso 3.) Proveer a la profilaxis del tratamiento de las enfermedades.

Inc. 38) Orientar o coordinar las actividades tendientes a solucionar en sus aspectos higiénicos, médicos y sociales, los problemas inherentes a la maternidad, a la niñez y a la adolescencia.

La Ley 12.317 incluye dentro de las enfermedades cuya denuncia es obligatoria a las oftalmías purulentas.

El concepto debería ser más amplio, haciendo obligatoria no sólo la denuncia de la enfermedad cuando ella se manifieste, sino también ser indispensable el procedimiento de certificar en el registro del recién nacido constancia de que no padece de oftalmía purulenta.

En el Art. 65 de la reglamentación de la Ley 12.341 se expresa que la Dirección de Maternidad e Infancia aconsejará las medidas profilácticas que se estimen necesarias para prevenir las enfermedades contagiosas de la infancia y ejercerá el contralor de las mismas.

Sería conveniente agregar, en forma explícita, que se hace extensible a todas las maternidades y hospitales del país, la aplicación del método profiláctico de Credé para evitar la conjuntivitis purulenta del recién nacido.

Establecer la obligación del examen bacteriológico de la embarazada previo al parto, que será efectuado en todas las maternidades del país, cualquiera que sea la jurisdicción a que pertenezca.

PROFILAXIS PRENUPCIAL

Artículo 3.°

Inciso 6.) Organizar y coordinar las actividades tendientes a la prevención y tratamiento de las enfermedades orgánicas y degenerativas de trascendencia económica y social.

Inc. 17) Ejercer la fiscalización sanitaria de la inmigración, la emigración y migraciones internas.

En el decreto que reglamenta la Ley 817 sobre inmigración (Decreto del 31 de diciembre de 1923) en el Art. 10., incisos a) y e) se prohibe la entrada de inmigrantes al país cuando padezcan de enfermedades crónicas, cegueras o vicios orgánicos congénitos.

La legislación tendría que ser más explícita en lo que se refiere al concepto de enfermedades congénitas o hereditarias que pueden causar cegueras en cierto plazo. En el problema que crea la transmisión de afecciones oftalmológicas del tipo hereditario, es necesario tener en cuenta cada caso en particular. Si fuera comprobada una enfermedad hereditaria en el aparato visual, debe efectuarse un estudio previo de la misma a fin de determinar la gravedad y extensión de las lesiones, y si se acompaña o no de otras afecciones en su fenotipo (cuerpo del sujeto).

Como medidas eugenésicas para evitar las afecciones humanas hereditarias se ha practicado y se practica en Estados Unidos, por ejemplo, la esterilización. En nuestro país, profundamente católico, puede ser subsitituído este sistema por otro más humanizado. Y la estrecha vigilancia sobre los seres irresponsables, portadores de genes dominantes capaces de transmitir graves afecciones que restan capacidad o inutilizan totalmente al individuo.

Con respecto al problema que crea la transmisión de las afecciones del tipo hereditario en oftalmología, es necesario tener en cuenta en cada caso, una serie de factores que deben ser descartados mediante el examen ocular obligatorio de todo candidato a contraer matrimonio. Una vez comprobada una afección hereditaria en el aparato visual, se efectuará un estudio previo de la misma, a fin de determinar la gravedad con respecto a la función visual.

Luego se procederá a la determinación de la forma hereditaria mediante el estudio del árbol genealógico del sujeto en cuestión. Toda persona portadora de una grave afección ocular de carácter hereditario, con una incapacidad vecina a la ceguera, que se herede en forma dominante, no debería casarse.

Con respecto a las afecciones oculares hereditarias, que se heredan en forma recesiva (los antecedentes hereditarios pueden faltar totalmente), será necesario recomendar que se evite el casamiento entre parientes cercanos.

La Secretaría de Salud Pública podría encarar el problema en forma integral, consultando los distintos sectores sociales, técnicos y religiosos, que serían los llamados a aconsejar las bases sobre las que se asentaría la legislación pertinente.

PREVENCIÓN DEL GLAUCOMA

Artículo 5.º - Inc. 6) Organizar y coordinar las actividades tendientes a la prevención y tratamiento de las enfermedades orgánicas y degenerativas de trascendencia económica y social.

Dada la importancia de las cifras estadísticas globales, será necesario, en la legislación que deberá contemplar el Código Sanitario, que se tenga en cuenta la prevención del glaucoma. Asimismo, deberá declararse al glaucoma enfermedad de grave peligro para la comunidad, por ser la causa de más de la tercera parte de la ceguera, e incluir en los exámenes consignados en la libreta sanitaria las cifras de la tensión ocular en aquellas personas de más de 30 años de edad. Se reglamentará, en el ejercicio de ciertas profesiones, la posibilidad de excluir a los individuos enfermos de glaucoma, siempre que su gravedad así lo justifique, por considerarlos un peligro ya sea para la seguridad social o del mismo individuo.

Deberíase impedir la entrada al país de inmigrantes que padezcan de formas clínicas de glaucoma, cuya gravedad implique una incapacidad visual irreductible a la terapéutica (reglamentado ya, aunque en forma no muy explícita, en la Ley 817).

PREVENCIÓN DE LAS CEGUERAS POR ACCIDENTES

En el año 1939 sucedían en la República Argentina 15 accidentes por día, o sea un accidente ocular de trabajo cada 96 minutos. Estas cifras se obtienen aceptando que los traumatismos oculares representan entre el 20 y 25 % de la traumatología en general.

La Ley 9688 establece el régimen jurídico de reparación económica de los accidentes e indemnizaciones de los mismos y se halla ausente la ley que tienda a prevenirlos. Tiscornia y Ortiz dicen:

«Lo que más interesa a la sociedad no es tanto que los accidentes sean objeto de una compensación pecuniaria, sino que esos accidentes no se produzcan. En el hecho y en el derecho de nuestro país, la prevención apenas existe».

Algunas medidas adoptadas no han sido acompañadas del necesario movimiento social de educación y propaganda, que deben estar centralizadas.

Se calcula que el 75 % de los accidentes son debidos parcial o totalmente al factor manual, y que la generalización de los dispositivos de seguridad no reduciría sino en un 10 % el número total de accidentes de trabajo.

Teniendo en cuenta estas cifras, la legislación tiene que abarcar, no sólo la obligación del uso de dispositivos de seguridad,

sino también la participación del Estado en la educación del obrero como medio de disminuir los accidentes.

Es un ejemplo el artículo 73 de la Reglamentación de la Ley 9688, que establece que las piedras esmeril estarán provistas de aparatos aspiradores de polvo y que sus partes peligrosas se hallarán cubiertas por protectores.

Desde el punto de vista ocular, el protector pasa a segundo término (puesto que está destinado a los casos de rotura de la piedra), y son de mayor importancia los dispositivos destinados a cubrir la parte descubierta de la piedra, en la que se coloca el objeto a pulir. En el artículo 62 se establece «que los polvos, vapores y emanaciones que se desprendieran durante el trabajo, deben ser captados en el sitio mismo de su producción y llevados al exterior en condiciones inofensivas para la vecindad; previene, en nuestro caso, de esta manera, lesiones inflamatorias bléfaroconjuntivales. Estos dispositivos son adaptados casi siempre a las sierras grandes, pero dejando el resto sin protección alguna, lo que explica porque es difícil visitar una carpintería con ambiente higiénicamente respirable».

La mayor parte de las lesiones traumáticas industriales (cuerpos extraños en córnea, erosiones superficiales de la misma, salpicaduras de ácidos o álcalis), curan rápidamente si se instituye un tratamiento adecuado desde el primer momento.

En ausencia de los médicos que atienden los consultorios de las fábricas, deben reemplazarlos, en este caso, enfermeros instruídos especialmente para el tratamiento inmediato, para lo cual el botiquín de urgencia debe ser siempre controlado.

Las lesiones oculares una vez producidas deben ser tratadas por oftalmólogos.

En la inspección médica a los locales de trabajo debe participar como asesora la sección de Prevención de Accidentes Oculares y la Sección Luminotecnia.

El Inspector de higiene industrial tendría, debidamente asesorado, el contralor de la eficiencia de los dispositivos para prevenir los accidentes oculares y las condiciones de iluminación, gases tóxicos e irritantes, higiene de locales, etc.,

Medidas preventivas aconsejables debería tomarse en las empresas de transporte de pasajeros y obras en construcción, durante el trabajo de soldadura autógena en la vía pública.

En los niños son los juguetes los que originan gran número de accidentes oculares (22 % en el primer decenio de la vida). Para prevenirlos debe reglamentarse la fabricación de juguetes y útiles escolares que predisponen a causar lesiones oculares. Los más peligrosos son los de hojalata, vidrio o loza; serán siempre

preferibles los de goma, tela o madera. La legislación deberá ejercerse también en la práctica de ciertos deportes (jockeys, esgrima, etc.) obligando al uso de protectores oculares.

Toda indemnización en materia de accidentes del trabajo, se halla en relación directa con dos factores: 1.°) El grado de incapacidad sufrida y 2.°) el monto del salario a percibir por la víctima. Tenemos que relacionar con la indemnización el grado de incapacidad corporal funcional y el grado de orden económico del corresponde a la categoría de la capacidad laborativa económica del sujeto.

A la capacidad visual corresponde una parte muy importante de la capacidad corporal funcional total y en su avaluación intervienen tres factores:

1.° — La agudeza visual.

2.° — El campo visual.

3.° — El equilibrio muscular.

La evaluación de las incapacidades en los accidentes del trabajo debe ser motivo de un preferente estudio, ya que la Ley 9688 y su reglamentación, adolecen de deficiencias en este respecto.

La legislación tendría que referirse, en general, al grado de incapacidad visual que crean los accidentes en las distintas profesiones, teniendo en cuenta su aptitud visual primitiva, inscripta obligatoriamente en la libreta sanitaria. Y la indemnización correspondería, en su oficio, de acuerdo a la incapacidad resultante para el trabajo habitual.

Al mismo tiempo deben establecerse, en forma definitiva y para el total del país, las condiciones técnicas de examen oftalmológico, unificando los métodos y aparatos de examen.

El contralor periódico debería extenderse también al material de trabajo y debe propiciarse el uso de aparatos protectores adaptados a las máquinas.

Finalmente corresponde establecer de una manera definitiva, la aptitud visual requerida para cada profesión, sobre todo a los conductores de vehículos motorizados, de una manera general y uniforme, especialmente clasificada en cada caso.

REEDUCACIÓN Y READAPTACIÓN DEL CIEGO, AMBLÍOPE, ETC.

Artículo 3.° - Inciso 41. — Promover, organizar, coordinar y fiscalizar la asistencia médica de los accidentados del trabajo y los afectados por enfermedades profesionales y proveer a su reeducación y readaptación profesional.

La reeducación y readaptación profesional tienen su aplicación en la esfera de la Oftalmología, con la situación del ciego y del amblíope.

Si la Ley de Educación Común es obligatoria, debe tener esta misma significacción en el no vidente y débil visual.

La enseñanza debe ser gratuita, correspondiéndole el problema del desamparo familiar, si existiese, a la previsión social.

Debe tenerse en cuenta en la codificación de la Ley, la exclusividad o preferencia que se debe dar al ciego o amblíope en ciertos empleos o concesiones que les faciliten su independencia económica y no sean un peligro para su integridad física.

Esta preferencia se justifica en lo que respecta tanto al ciego como al amblíope, el tuerto y el discrómata que están colocados en evidente desventaja para ejercer oficios o profesiones.

El discrómata se encuentra con una disminución más o menos acentuada en la percepción de los colores. Dicha anomalía es necesario tenerla en cuenta para la selección de aptitudes en el desempeño de ciertos oficios.

### ORDEN DE PRELACION

Un plan racional y completo de construcciones que contemple el problema de la lucha preventiva contra la ceguera en su aspecto total, así como la proyección numérica del problema del tracoma, oftalmías infecciosas, glaucoma y demás infecciones visuales, no es posible realizarlo sin un censo previo. Por lo tanto, nos tenemos que limitar en un futuro inmediato a plantar las avanzadas de lucha reorganizando lo existente, dotándolo de los elementos imprescindibles de labor y dirigir el grueso de nuestros esfuerzos a la solución de los problemas que por su magnitud son de conocimiento general. Por lo tanto, en forma gradual, desarrollaremos el siguiente plan de trabajo para el año 1947:

1.° Equipar a todos los servicios oftalmológicos dependientes de la Secretaría de Salud Pública de la Nación con material de examen y tratamiento. Anexarles un servicio proporcional a su importancia, a los efectos de censar en el menor tiempo posible a los tracomatosos, glaucomatosos, amblíopes, ciegos, tuertos, etc.

2.° Creación de servicios análogos en todos los establecimientos sanitarios del Plan Quinquenal de construcciones hospitalarias, dotándolos de elementos semejantes a los del apartado 1.°

3.° Creación del Dispensario Central Antiglaucumatoso y del Laboratorio de Investigaciones correspondientes en el Hospital Oftalmológico Santa Lucía y de las filiales (tipo dispensario), que se juzgue conveniente en el interior del país.

4.° Construcción y habilitación del Hospital Oftalmológico e Instituto de Investigaciones del Tracoma y Oftalmías Infecciosas

en Santiago del Estero; Consultorios centrales, Puestos sanitarios y Consultorios móviles.

5.º Creación de jardines de infantes y escuelas-talleres y hogares para ciegos y amblíopes, etc., anexos a los establecimientos sanatoriales a crearse.

6.º Incorporación, en la medida de lo necesario, de los establecimientos existentes de carácter social y asistencial.

7.º Creación del organismo director que centralizará las funciones de investigación, docente, de estadística, de Contralor de Luchas (tracoma, glaucoma y prevención de la ceguera), que tendrá su sede en el edificio de la Dirección de Oftalmología, incluído dentro del plan de construcciones del Instituto de Higiene Pública.

## CAPITULO XVII

### *ENDEMIAS*

*Intensificación de la lucha y nuevos planteos de la misma contra las enfermedades transmisibles que afectan en forma permanente extensas zonas del país*

Nuestro país está azotado en forma permanente por una serie de enfermedades que, por sus modalidades, adquieren caracteres endémicos. Además, la mayor parte de las citadas afecciones presentan un aspecto particular, por lo cual adquieren relieves significativos, ya que deben ser consideradas como enfermedades sociales, a saber: tracoma, anquilostomiasis, lepra, etc.

También las denominadas enfermedades endémicas presentan caracteres epidemiológicos muy diferentes las unas de las otras, por lo cual, la lucha contra las mismas presenta particularidades especiales para cada caso.

Sin embargo, la difusión de algunas de nuestras endemias regionales obedece a factores relacionados con los problemas de higiene pública. Por tanto, la lucha contra estas enfermedades hay que organizarla mejorando las condiciones higiénicas siguientes: provisión de agua potable, alejamiento de las inmundicias ambientales del hombre, construcción de viviendas confortables y alimentación de la población científicamente organizada.

Además, la mayor parte de las enfermedades endémicas de nuestro país, presentan la particularidad de su predominio rural y alta morbilidad infantil. Los dos hechos citados anteriormente son muy significativos, señalando, que en estos casos, el esfuerzo de parte de la Secretaría de Salud Pública estará dirigido a la defensa de la salud de los niños del agro argentino.

Dentro de las endemias tenemos un conjunto de enfermedades clasificadas en el grupo de las denominadas zoonosis y transmisibles de los animales al hombre. La lucha contra estas enfermedades está incluída dentro de las medidas denominadas «policía sanitaria», en base a que la mayoría de ellas ataca a los animales del ganado.

También tenemos el grave problema del paludismo, endemia que afecta a nuestra región subtropical, invadiendo nuevos lugares has-

ta ese momento libres de él y venciendo todos los esfuerzos realizados por las autoridades sanitarias. Estos resultados son consecuencia de la insuficiencia de recursos con que actualmente se cuenta para combatir una endemia de la importancia y magnitud del paludismo.

Además, se ha dedicado especial atención a defender a nuestro país de una posible introducción de fiebre amarilla, proveniente de naciones vecinas. Por tal motivo se ha fundado una dependencia de lucha antiestegómyca, especialmente dedicada a la erradicación en una vasta región del país del mosquito doméstico (Aedes aegypti), trasmisor de la fibre amarilla.

Por lo tanto, queda así explicada, brevemente, la gravedad del problema de las endemias, lo heterogéneo de sus aspectos epidemiológicos y la necesidad perentoria de intensificar su lucha para reducirla a valores no significativos.

## FIEBRE AMARILLA

La República Argentina está libre de la fiebre amarilla, que desde hace muchos años desapareció de su territorio. Sin embargo, nuestro país está rodeado de dos grandes focos de fiebre amarilla: uno, en las selvas brasileñas, y el otro, más cercano a nuestros límites, en Bolivia (Santa Cruz de la Sierra).

Estos focos de fiebre amarilla selvática, son índices del peligro existentes de su introducción en la Argentina. Esta posibilidad es mayor, teniendo en consideración que con el tráfico aéreo ha aumentado la rapidez de las comunicaciones.

Por lo tanto, es necesario tener un organismo de lucha antiestegómyca y laboratorios especializados en el diagnóstico de la fiebre amarilla y preparación de la vacuna correspondiente.

### Laboratorio de Investigación.

Actualmente no poseemos laboratorios dedicados al estudio de los problemas de la lucha contra la fiebre amarilla.

Los laboratorios de investigación de fiebre amarilla estarán dedicados: al estudio anatomo-patológico de vísceras para el diagnóstico de la fiebre amarilla, en muertos por enfermedades agudas; preparación y estudio de vacunas contra la fiebre amarilla; determinación de anticuerpos específicos para fiebre amarilla, en sueros sanguíneos. Para ello, habrá que construir laboratorios apropiados para esta clase de trabajos, para lo cual tendrá que disponerse de aproximadamente cien mil pesos.

A) *Formación del personal especializado.* — En la lucha contra la fiebre amarilla es importante contar con personal experimentado en este trabajo.

Para tener en poco tiempo un grupo de especialistas, hay que enviar personas jóvenes a los países vecinos y estudiar sobre el te-

rreno la organización y métodos de lucha contra la fiebre amarilla. Así, en pocos meses, se tendrá un personal capacitado, que a su vez formaría nuevos elementos dentro del país.

B) *Preparación de Vacunas.* — La elaboración de las vacunas se hará en el laboratorio a construirse y por el momento no traduce más que un valor experimental en animales. Sin embargo, el citado laboratorio deberá estar en condiciones de proveer las vacunas necesarias de aplicación al hombre, si las circunstancias lo requirieran en un momento determinado.

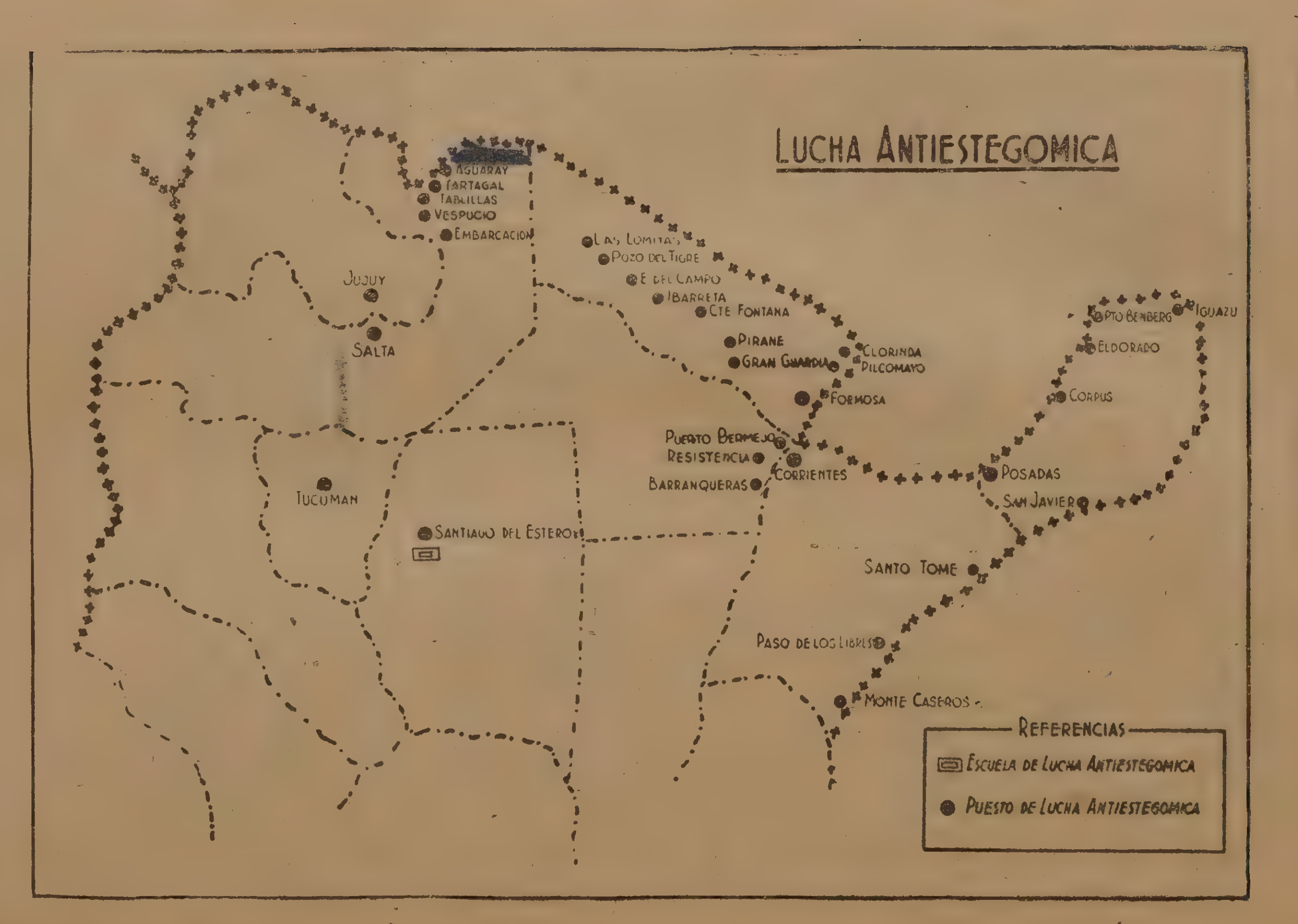
C) *Escuela de lucha Antiestegómyca.* — La escuela de lucha contra la estegomya tendría la función siguiente: 1) capacitar al personal dedicado a la destrucción de criaderos de estegomyas; 2) estudiar los índices estegómycos y difusión de las estegomyas en el país; 3) investigar los métodos destinados a la destrucción de estegomyas; 4) métodos de difusión sanitaria en la lucha contra la fiebre amarilla; 5) recolección de material destinado a los trabajos de laboratorios.

La escuela estará a cargo de una persona que previamente haya sido enviada a los países vecinos para capacitarse en estos trabajos.

Dichos individuos, a su regreso al país, organizarían la escuela de lucha contra la estegomya.

*Sede en Santiago del Estero.* — La escuela de lucha antiestegómyca tendrá su sede en la ciudad de Santiago del Estero, por tratarse de un lugar equidistante de los lugares donde con preferencia se realizará la campaña contra la estegomya. Además, Santiago del Estero, al poseer criaderos naturales de estegomya, permite llevar a cabo la enseñanza antiestegómyca de una manera práctica, lo que tiene mayor valor para los fines que se persiguen.

Finalmente, la escuela con sede en Santiago del Estero realizará, con predilección, la campaña antiestegómyca en las localidades siguientes: Jujuy, Salta, Tucumán, [redacted], Aguaray, Pocitos, Tartagal, Vespucio, Tablillas, Embarcación, Formosa, Estanislao del Campo, Pozo del Tigre, Gran Guardia, Pirané, Ibarreta, Comandante Fontana, Lomitas, Clorinda, Pilcomayo, Resistencia, Barranqueras, Corrientes, Monte Caseros, Paso de los Libres, Santo Tomé, Posadas, San Javier, Corpus, Eldorado, Iguazú, Puerto Bemberg, Monte Aguado y Puerto Bermejo.



LUCHA ANTIESTEGOMICA
AGUARAY
TARTAGAL
TABLILLAS
VESPUCIO
EMBARCACION
LAS LOMITAS
POZO DEL TIGRE
E DEL CAMPO
IBARRETA
CTE FONTANA
PIRANE
GRAN GUARDIA
CLORINDA
PILCOMAYO
FORMOSA
JUJUY
SALTA
TUCUMAN
SANTIAGO DEL ESTERO
PUERTO BERMEJO
RESISTENCIA
BARRANQUERAS
CORRIENTES
PTO BEMBERG
IGUAZU
ELDORADO
CORPUS
POSADAS
SAN JAVIER
SANTO TOME
PASO DE LOS LIBRES
MONTE CASEROS
REFERENCIAS
ESCUELA DE LUCHA ANTIESTEGOMICA
PUESTO DE LUCHA ANTIESTEGOMICA

ZOONOSIS

El Decreto del Poder Ejecutivo de fecha 16 de julio de 1946, que lleva el N.° 3.324, por el que se crea la Comisión Nacional Permanente para el Estudio y Profilaxis de las enfermedades comunes al hombre y a los animales, señala el propósito del Gobierno de resolver los problemas vinculados a la Higiene, a la Seguridad Social y a la Policía Sanitaria Animal.

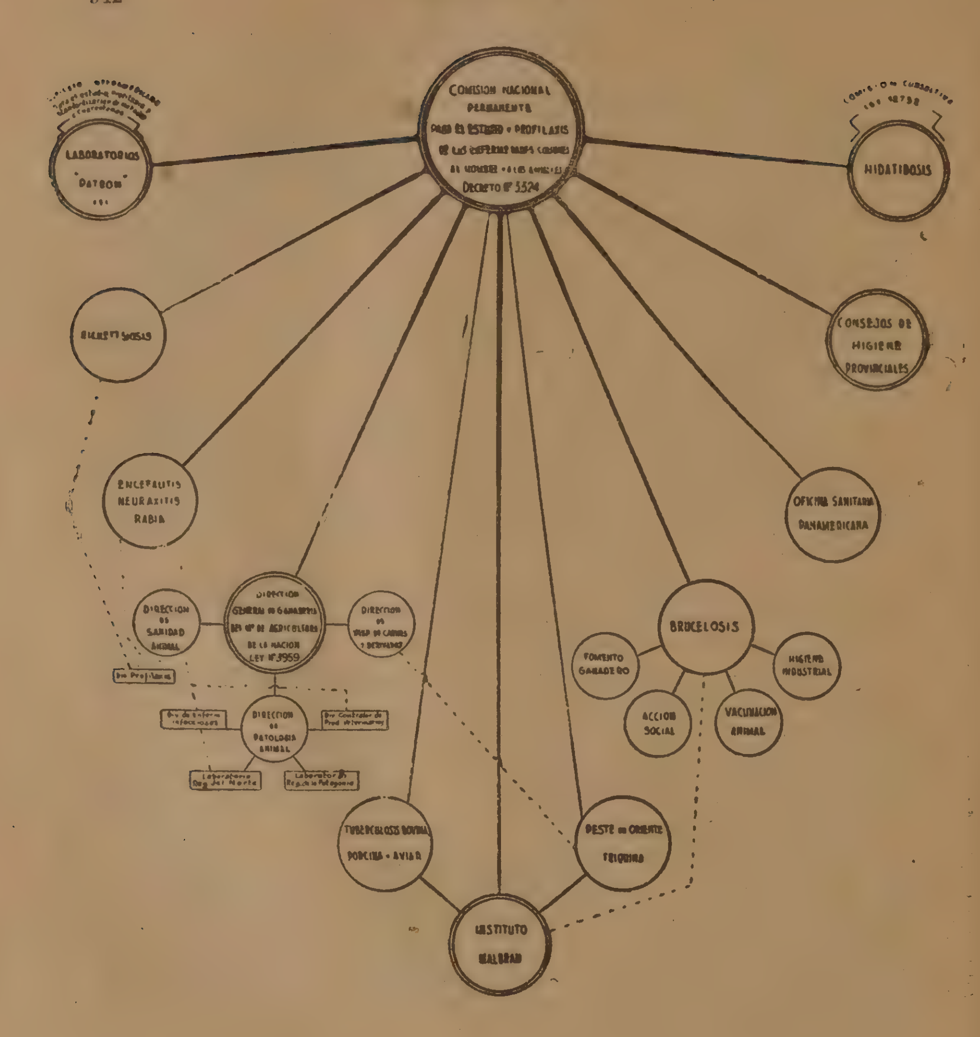
Ha faltado hasta el presente la coordinación entre las distintas reparticiones técnicas vinculadas al estudio y profilaxis de dichas enfermedades, en las que no se han seguido las directivas de un plan orgánico, orientado a tal fin.

En efecto, actualmente, para evitar la difusión de diversas enfermedades del ganado que se transmiten al hombre —la Hidatidosis y la Triquina, entre ellas— se ejerce la profilaxis por distintos organismos que no tienen entre sí la necesaria conexión, tendiente a evitar la pérdida de energías, recursos y la superposición de funciones.

Digamos por lo tanto, que la lucha contra éstas y otras enfermedades, ha sido contemplada en Leyes y Decretos dictados al respecto, y no son pocos los organismos oficiales que tienen a su cargo la correspondiente vigilancia. Aparte de las dependencias del Ministerio de Agricultura de la Nación, de la Secretaría de Salud Pública, los Consejos de Higiene y las Direcciones de Ganadería de las provincias, funcionan, dependientes de los anteriormente citados, la Comisión Honoraria de la Hidatidosis (Ley N.° 12.733), la Comisión Nacional de la Brucelosis, etc.

Si las campañas profilácticas fallan no ha de ser, como se ve, por falta de reparticiones encargadas de realizarlas; sería más bien por interferencias originadas en la frondosa estructuración burocrática, ya que no existe justificación funcional o administrativa para dividir los seres humanos, los animales domésticos y sus enfermedades comunes, en muchas categorías, para ser atendidas por numerosas administraciones independientes.

Partiendo, en consecuencia, de la necesidad de coordinar todos los servicios encargados de evitar la difusión de las enfermedades de los animales que se transmiten al hombre, en todo el territorio de la Nación, es que se establece en la Reglamentación que se acompaña, las funciones y atribuciones de la Comisión citada, la que de aceptarse, permitirá que actuando con la mayor economía y eficiencia posibles, centralice, en un comando único, todos los recursos indispensables tendientes a la preservación de la salud del hombre, por la lucha contra las enfermedades de los animales que se transmiten al mismo, tratando, además, de armonizar las exigencias de la Higiene con las necesidades del comercio de los ganados y de los productos de su industrialización.


COMISION NACIONAL
PERMANENTE
PARA EL ESTUDIO Y PROFILAXIS
DECRETO Nº 5524
LABORATORIOS
"PATRON"
HIDATIDOSIS
CONSEJOS DE
HIGIENE
PROVINCIALES
ENCEFALITIS
NEURAXITIS
RABIA
OFICINA SANITARIA
PANAMERICANA
DIRECCION
DE
SANIDAD
ANIMAL
DE LA NACION
LEY Nº 3959
DIRECCION
DE
PATOLOGIA
ANIMAL
BRUCELOSIS
FOMENTO
GANADERO
HIGIENE
INDUSTRIAL
ACCION
SOCIAL
VACUNACION
ANIMAL
TUBERCULOSIS BOVINA
PORCINA Y AVIAR
PESTE DE ORIENTE
TRIQUINA
INSTITUTO
MALBRAN

A tal fin deben tomarse en cuenta los siguientes puntos, de acuerdo a las directivas señaladas en el informe aprobado por la Asociación Americana de Salud Pública, en la reunión del 5 de octubre de 1944:

a) Necesidad de un Plan Nacional de Higiene, Medicina Social y Policía Sanitaria Animal;
b) Objetivos del mismo, y
c) Programa de acción.

NECESIDAD DEL PLAN

1.° A muchos pobladores rurales y su ganado, no llega la Acción de Sanidad, o ésta es incompleta, por estar asociado con la Asistencia Social, ya que ellos, o no pueden sufragar en pago individual el costo de los servicios médicos, farmacéuticos y veterinarios cuando los necesitan, o no tienen a mano esos servicios.

Por otra parte, no puede hablarse de higiene frente a pobladores que habitan ranchos miserables y duermen junto a sus cabritos.

2.° Existen grandes deficiencias en el número y distribución de los médicos, médicos veterinarios, hospitales, laboratorios, etc., para facilitar dichos servicios.

3.° Muchas localidades todavía no cuentan con departamentos de sanidad pública, y otros son mantenidos en forma tan inadecuada, que jamás han logrado encauzar su labor sanitaria con orden, a fin de amenguar el gravamen de las enfermedades; otras reciben los beneficios de esos servicios especializados sólo parcialmente. En esas localidades, principalmente, se carece de información sobre los beneficios de la moderna asistencia médica.

4.° Siendo actualmente necesarias las estadísticas sobre morbilidad, etc. de las enfermedades que afectan al ganado, más comunes al hombre, se hace necesario aportar datos obtenidos por medio de una organización técnica eficiente y con elementos de una probada justeza, para lo cual deberán producirse los «Test» necesarios en «Laboratorios Patrón», y así poder usar una «Tuberculina», una «Brucelina», un «Antígeno Brucélico» y un «Antígeno Hidatídico», etc., que suplanten todos los «Test» usados hasta ahora, que hacen imposible, por la variedad de sus técnicas de obtención, etc., la contabilización de resultados.

5.° Necesítase con urgencia fomentar la investigación científica, pues, a pesar de su constante progreso, todavía nos faltan o requieren mayor difusión, conocimientos relativos a la prevención, dominio o curación de muchas de estas enfermedades.

LOS OBJETIVOS

Por lo tanto, la solución de estos problemas exige un ataque simultáneo, sobre las siguientes bases: construcción de las instalacio-

nes necesarias; preparación del personal y difusión de los conocimientos, que a su vez descansan en una segura existencia de fondos que permita la atención de los gastos que demande la acción sanitaria.

1.° Un plan nacional de profilaxis de las enfermedades comunes al hombre y a los animales debe poner al alcance de la población rural, los servicios preventivos esenciales, de diagnóstico y de atención hospitalaria y farmacéutica, para el ser humano y algo similar en lo que respecta al ganado enfermo.

2.° Ese plan asegurará los servicios así facilitados en calidad máxima, así como su prestación en condiciones satisfactorias, tanto para los habitantes como para los ganados.

3.° Dicho plan debe comprender una constante justipreciación de las prácticas seguidas, y difusión de los conocimientos científicos, datos que formarán una estadística útil para los hombres de Gobierno.

### PROGRAMA A REALIZAR

1.° *Los servicios.* — Por el momento se utilizarán los servicios instalados, dependientes de la Secretaría de Salud Pública y del Ministerio de Agricultura de la Nación, aprovechando sus recursos, el personal y las instalaciones actuales.

2.° El plan, partiendo de los organismos oficiales indicados en el párrafo anterior, indica el suministro de servicios preventivos para los habitantes y los ganados.

3.° *Organización de los servicios.* — Las funciones y los esfuerzos de los distintos organismos nacionales, provinciales o comunales, deben coordinarse. No existe justificación funcional o administrativa para dividir los seres humanos, los animales domésticos y sus enfermedades comunes en muchas categorías, para ser atendidos por numerosas administraciones independientes.

4.° Es difícil reorganizar organismos o combinar obras, y esto no puede ejecutarse a la ligera, por lo cual deben emprenderse sin tardanza estudios y conferencias de orden nacional, que se aboquen a estos problemas de organización sanitaria, en los lugares en que resulte compleja.

5.° *Financiación de los servicios.*

a) Los servicios serán sostenidos adecuada y sólidamente por partidas fijas asignadas por el Presupuesto de la Secretaría de Salud Pública, y por las que se obtuvieran de partidas especiales, donaciones y participaciones de otros ministerios, como de cuotas de otras naciones interesadas en la profilaxis común.

b) Participarán las provincias y aún las comunas con aportes monetarios o elementos de trabajo en condiciones que permi-

tan al Gobierno Federal, nivelar el gravamen del costo de las investigaciones y de las intervenciones de su personal.

6.° a) El Gobierno Federal debe facilitar mayores subsidios para la extensión de una organización sanitaria adecuada a todas las zonas del país. Estos subsidios deben otorgarse a condición de que se establezcan servicios sanitarios en todas las zonas de las provincias, que tengan por lo menos un mínimo estipulado de habitantes y de cabezas de ganado.

b) Deben destinarse fondos para investigación básica de laboratorio y clínica, y para estudios y demostraciones administrativas, destinados a mejorar la calidad y aminorar el costo de los servicios.

c) Los organismos de investigación y los que tienen a su cargo la concesión de subsidios, deben ser secundados por competentes cuerpos de asesores profesionales, a fin de garantizar el empleo sabio y eficiente de los fondos públicos.

El organismo encargado por el decreto N.° 3324/46 de luchar contra las enfermedades comunes a los animales y al hombre, es, como se dijo, la Comisión de Zoonosis.

Dicha organización central, estará en estrecha vinculación con las dependencias e instituciones del Estado, Provinciales y municipales, que tengan relación con la lucha.

*Para lo referente a:*

POLICIA ANIMAL: estará en constante contacto con la Dirección General de Ganadería de la Nación, por intermedio de la cual establecerá enlace con la Dirección de Policía Animal. Es así, que el gran grupo de enfermedades que cumple parte de su evolución o desarrollo en el organismo de los animales domésticos o salvajes, podrá ser estudiado en sus aspectos más importantes: los motivos de su aparición, las causas de su difusión en ellos etc.; aprovechando la oportunidad de la intercomunicación permanente de carácter técnico o de índole sanitaria práctica para facilitar la inmediata intervención en los casos de enfermedades transmisibles a las especies animales sospechosas o seguramente vectoras y, por otro lado, para cumplir más eficientemente con la Ley de Policía Sanitaria Animal.

Lo mismo ocurrirá con los organismos provinciales que tengan iguales o parecidos propósitos, como ser: Direcciones Provinciales de Ganadería y Departamentos Provinciales de Higiene.

## *Preparación de Sueros y Vacunas*

La profilaxis activa que caracterizará la acción de esta Comisión, necesita cumplir sus cometidos, de elementos terapéuticos y

preventivos para combatir las enfermedades que deberá estudiar en un laboratorio central.

Su labor fundamental será el estudio de los medios más prácticos de preparación de dichos elementos, cuya técnica será ampliamente difundida en los centros de profilaxis donde, no solamente se asesorará en los problemas de la preparación de dichos elementos, sino que también se proveerá de los gérmenes o virus, que se mantendrán en un vivero ad-hoc que asegurará la provisión de elementos de diagnóstico estandardizados, para asegurar la uniformidad de los «patrones» a utilizarse en las campañas epidemiológicas, en las que habrá de actualizarse el índice de morbilidad de las: «brucelosis», «tuberculosis», «hidatidosis» etc., que actualmente se han realizado de una manera parcial y con elementos de diagnóstico de origen diverso en cuanto a su composición y preparación, lo que no permite la comparación de las estadísticas así obtenidas.

### HIDATIDOSIS

Las normas indicadas y ya comenzadas a desarrollar por la Comisión Consultiva Honoraria (ley 12.732) servirán de base para el plan de acción: la organización de un censo permanente de los perros que se mantienen en los establecimientos rurales y en los centros urbanos, que posteriormente permitirá establecer normas para limitar a un número razonable, la colonia canina, en cada caso. Se completará esta acción combatiendo enérgicamente los perros sin dueños que vagabundean en amplios sectores del agro nacional, pues son los que con mayor seguridad vehiculizarán, no solamente los agentes de esta infección parasitaria, sino que también pueden ser los portadores y diseminadores de otros agentes de enfermedades no menos peligrosas.

Con el objeto de efectuar una acción directa sobre una de las fases del ciclo de la infección humana hidatídica, se iniciará una campaña parasiticida, administrando «arecolina» periódicamente, a los perros fichados en el censo proyectado; con el mismo objeto se propiciará la destrucción de las vísceras parasitadas que se decomisen en los mataderos municipales.

Por intermedio de la organización central, la Comisión Nacional, tomará contacto con los Consejos Provinciales de Higiene para poner en práctica este vasto plan profiláctico, que se podrá poner en ejecución con los fondos asignados en el decreto de reglamentación de sus funciones.

El asiento de la Sub-Comisión Especializada, será la Capital Federal; los demás centros de estudio y profilaxis se establecerán en las zonas de mayor morbilidad.

### *Sede en la Provincia de Buenos Aires*

Siendo la Provincia de Buenos Aires una de las zonas de mayor índice de infección y aprovechando la organización actual, se establecerá en la ciudad de Azul la sede de profilixis activa, dotándola de un laboratorio y medios de movilidad (laboratorios rodantes, vagones sanitarios) para efectuar campañas de difusión de normas de educación sanitaria y la ejecución de los planes de profilaxis ya previstos.

## BRUCELOSIS

Constituye un problema de índole social y económico que se superpone al médico. Los índices de morbilidad y de inhabilitación para el trabajo aumentan a medida que la explotación ganadera e industrial acrecienta su importancia.

Las brucelosis, con su característica capacidad de interinfección entre las diversas especies animales y el hombre, crea problemas regionales.

Las informaciones suministradas por la Dirección General de Ganadería, por los Consejos Provinciales de Higiene y por los médicos destacados por la Secretaría de Salud Pública, servirán de base para una lucha provechosa en poco tiempo, si se consigue una distribución más estratégica de los destacamentos sanitarios.

El plan de profilaxis debe estar basado en la actualización permanente de los índices de morbilidad brucélica; las campañas de vacunación se completarán con la educación sanitaria popular en escuelas, iglesias, cinematógrafos y centros culturales de las zonas de mayor índice de infección brucelógica.

### *Sede en Córdoba*

Preocupa, sobre todo, la brucelosis caprina que infecta al hombre con mayor patogeneidad en la provincia de Córdoba, por sus condiciones geográficas y por las características de su explotación ganadera, constituyendo dicha provincia un centro estratégico de estudios y de profilaxis anti-brucelosa.

Es necesaria la instalación de un Centro Regional de estudios y profilaxis brucélica en las proximidades de la ciudad de Córdoba, vinculado directamente a la Comisión Nacional y con conexiones a los Consejos Provinciales y Dependencias Sanitarias Nacionales, Provinciales y Comunales, que realizará las pruebas de diagnóstico, y fabricará las vacunas y los antígenos de diagnóstico que se utilizarán en las campañas profilácticas. La necesidad de realizar investigaciones de naturaleza riesgosa que no pueden ni deben ejecutarse en otros laboratorios fuera de las zonas brucelógicas, completará las funciones de este Centro Regional.

Su funcionamiento se hará a expensas de los fondos de la Comisión Permanente, utilizando en lo posible la competencia de los técnicos de la Secretaría de Salud Pública y del Ministerio de Agricultura.

PESTE Y OTRAS ZOONOSIS

En los problemas relacionados con la peste, queda seguir por las huellas ya trazadas por la Secretaría de Salud Pública y los organismos sanitarios provinciales conectados con la Comisión Nacional Permanente.

Uno de los capítulos mas importantes está constituído por la denominada «Peste Rural» que se manifiesta en diversas zonas del país y que se halla directamente vinculada a la existencia de pequeños roedores del tipo de la liebre, el cuis, el graomis, etc., que se infectan espontáneamente con la «Pasteurella pestis», causando, en épocas determinadas, verdaderas epizootias, premonitorias a su vez de focos esporádicos de peste humana, sobre todo en la región central de la República.

Otro aspecto, y sin duda el más importante, lo constituyen las colonias de ratas que habitan en los lugares de concentración de cereales, generalmente estaciones de ferrocarril o puertos de embarque al borde de ríos o puertos de mar.

El estudio de su ecología, su clasificación zoológica y su patología, constituyen un capítulo importantísimo, ya que no solamente existe un peligro potencial en su presencia, como huéspedes intermediarios de diversos agentes infecciosos, sino que provocan ingentes pérdidas materiales, no por lo que puedan comer para su sostenimiento vital, sino por lo que destruyen al roer las bolsas de cereales o desvalorizan por la presencia de materias fecales, entre el cereal con el que se mezcla en las grandes estibas o graneros.

El cumplimiento de pactos internacionales de sanidad, obliga a encarar seriamente este problema, que forma parte fundamental de la profilaxis pestosa y por sus otras consecuencias de índole internacional como país exportador de cereales.

La tuberculosis bovina y avícola constituyen otra zoonosis importante que, con el carbunclo bacteridiano, la rabia, la encéfalomielitis equina, las neuroaxitis y las rickettsiasis, se encararán con el concepto básico de la conexión médico-veterinaria, con la competencia y labor de especialistas, que en planes de profilaxis activa, llevarán a cabo la ejecución de las medidas que se proyectan en el seno de la Comisión Nacional Permanente, conjuntamente con otras como la anquilostomiasis y la Triquinosis que, por su carácter regional o su estrecha relación con un sistema de explotación ganadera, deban incorporarse a planes regionales; su acción debe permitirse con cierta autonomía, para poder intervenir con la celeridad propia de su co-

metido sanitario y resolver con provecho las cuestiones que aún permanecen sin solución verdadera.

*Sede en Santiago del Estero*

Siendo las provincias de Córdoba, Santiago del Estero y Tucumán, las más castigadas por la aparición de focos esporádicos de «Peste de Oriente», directamente relacionados con la presencia de epizootias de «Peste Rural», hay que situar el centro de estudio y acción sanitaria en un lugar estratégico desde el punto de vista geográfico.

La Capital de la provincia de Santiago del Estero, reúne esos requisitos por hallarse en situación equidistante de las zonas afectadas, circunstancia que favorecerá la celeridad de la acción sanitaria y la oportunidad de los estudios epidemiológicos proyectados.

*Presupuesto aproximado*

De acuerdo a lo calculado en la Reglamentación de las Funciones de la Comisión Nacional Permanente para el Estudio y Profilaxis de las Enfermedades comunes al Hombre y a los Animales, presentado en su oportunidad el monto necesario para iniciar los trabajos planeados se eleva a la suma de $ 800.000 m/n.

RELACION CON EL PROYECTO DE CODIGO SANITARIO

*Ley de Bases*

Art. 3, Inciso 9.°: «Promover, organizar, coordinar y|o fiscalizar la sanidad de los animales en los aspectos vinculados a la higiene humana»

Siendo necesario legislar y codificar sobre la prevención y erradicación de las endemias regionales, enfermedades cuarentenables o de gran peligro para la comunidad, y las sociales y toda otra susceptible de asumir esos caracteres, como lo comenta el Art.° N.° 3 inciso «c», el P. E. proyecta un organismo por intermedio de la Secretaría de Salud Pública, que entiende lo relacionado con el estudio permanente de las enfermedades comunes al hombre y a los animales y su profilaxis; por el Decreto del P. E. de fecha 16 de julio de 1946, que lleva el N.° 3.324, crea la «Comisión Nacional Permanente para el estudio y Profilaxis de las Enfermedades Comunes al Hombre y a los animales», que en los párrafos siguientes denominaremos «Comisión de Zoonosis», pues sintetiza la gestión y el espíritu de dicho organismo.

Por estudio permanente de las enfermedades comunes al hombre y a los animales, se entiende la constante preocupación de las

autoridades sanitarias, por la aparición, la difusión y la observación de las características de un grupo de enfermedades que cumplen parte de su evolución y desarrollo en el organismo de los animales domésticos o salvajes.

La intercomunicación permanente de informaciones de datos técnicos o de índole sanitaria práctica, que facilitará la inmediata intervención en los casos de enfermedades transmisibles por una parte, y por las especies animales sospechosos o seguramente vectoras por otra, constituye la base de toda acción profiláctica.

*Título - 1 - Promover la sanidad de los animales en los aspectos vinculados a la higiene humana*

A muchos habitantes rurales y su ganado, no llega la acción sanitaria o ésta es incompleta por no estar asociada con la asistencia social, ya que ellos no pueden sufragar en pago individual el costo de los servicios médicos, farmacéuticos y veterinarios cuando los necesitan o no tienen a mano esos servicios.

Esta deficiencia se debe, en parte, a la pobreza de recursos de ciertas provincias, territorios nacionales o poderes comunales, lo que incide también, no sólo en la falta del órgano encargado de realizar la acción sanitaria, sino que en muchos casos en que estos existen, es debida a la falta de elementos materiales, o éstos se hallan envejecidos y prácticamente inútiles, lo que por ende, determina una deficiente información técnica y científica, que llega a las autoridades responsables, deformando la realidad de los hechos.

Una legislación previsora debe darle al P. E., como lo indica en su Art.º N.º 4: el Fondo Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, con que se financie la acción sanitaria planeada en el Código Sanitario Nacional, que tenga amplia jurisdicción nacional, reconocidas las autonomías provinciales y municipales de Buenos Aires, tal como lo expone el Art.º N.º 2, inciso B.c., que prevé que las enfermedades sociales, las endémicas y las cuarentenables etc., pasarán a ser motivo de lucha nacional sin límites políticos de jurisdición, sobre todo si nos atenemos al espíritu que anima el inciso «f» del Art.º N.º 2, que dice: «en lo concerniente al tráfico y tránsito internacional, interprovincial y entre cada una o más provincias y los lugares mencionados en el inciso «a», etc.

Es necesario, pues, promover, por estímulos de diversa naturaleza, la creación de las instalaciones que falten y del perfeccionamiento de las existentes; necesítase con urgencia fomentar la investigación científica, pues, a pesar de su constante progreso, todavía nos faltan o requieren mayor difusión, conocimientos relativos a la prevención, dominio o curación de muchas de estas enfermedades que son previos o paralelos a los planes de acción ya preparados.

Estas consideraciones nos llevan a propiciar un programa completo de alcance nacional de salud, sostenido dentro de lo posible y administrado por los estados y municipios y destinado a los siguientes propósitos:

a) Proveer de elementos adecuados y especialmente mejorar los existentes, pues la dotación actual de muchos laboratorios por el desgaste natural de sus instrumentos y en vista de la dificultad de su reposición por el costo actual, los hace poco eficientes y de un rendimiento incompleto.

b) reforzar o contribuir al desenvolvimiento de los servicios de Salud Pública regionales, ya sean estaduales, provinciales o municipales.

El préstamo de instrumentos y de personal idóneo en ocasiones accidentales para cumplir planes profilácticos, también debe ser contemplado en la nueva legislación, y su contralor deberá ajustarse a lo que se disponga en el punto «2» del inciso «c» de este «Título».

c) adjudicación de fondos.

1. en caso de encarecimiento de ciertos servicios indispensables.

2. problemas que impongan cargas desusadas en ciertos estados.

d) la organización de estos servicios debe compararse al mecanismo de un banco, siendo el Estado Federal el banco que presta después de haber comprobado la solvencia científica y material de usuarios a medida que presenten planes y presupuestos, etc., antes de efectuar los pagos.

*Título - 2 - Organizar la sanidad de los animales en los aspectos vinculados a la higiene humana.*

Para el logro de lo fijado por el Decreto 3.324, como así para la mejor ejecución de las funciones y cumplimentar las atribuciones de la «Comisión de Zoonosis», se planea una organización que centralice en ella las labores de vinculación directa o que tiendan a los fines indicados a cargo de todas las dependencias técnicas de la administración nacional, en un «Instituto Central de Investigaciones».

En dicho instituto se estudiarán diversos problemas relacionados con la gestión que se ha propuesto la «Comisión de Zoonosis», entre los cuales se destacan, por su importancia, la identificación de los virus encefamielíticos, el estudio de los huéspedes vectores y otras fuentes de infección; clasificación de los virus rábicos que existen en las diversas zonas del país; estudio de las especies vectoras del «Tifus Exantemático», que en la frontera Norte y en las mismas puertas de la Capital Federal ya se ha puesto en evidencia, como así también el de otras «Rickettsiasis» y «virosis» de importancia actual.

En cada uno de los capítulos más importantes del plan general, se prevé la organización de centros regionales, y se proyecta erigir en la ciudad de Córdoba un centro de estudio y profilaxis brucélica.

en la Provincia de Buenos Aires un centro para el estudio y profilaxis hidatídica y el centro de estudios y profilaxis pestosa en la provincia de Santiago del Estero, donde se estudiarán especialmente los huéspedes vectores de la «peste selvática o rural», sus características biológicas, su ecología, etc., para plantear posteriormente un sistema de profilaxis contra esa endemia.

El personal que se designe en dichos centros, deberá ser seleccionado entre los profesionales higienistas que se dediquen a las disciplinas de laboratorio y de las clínicas infecciosas, cuya idoneidad deberá ser respaldada por la estabilidad, condición indispensable para que el especializado pueda rendir beneficios al Estado, cuando adquiera experiencia personal y pueda aplicar sus conocimientos con verdadera eficacia. La experiencia se adquirirá en el ejercicio de sus funciones perfeccionada en centros ad-hoc nacionales o extranjeros; otros seguirán cursos intensivos en centros regionales de preparación acelerada, con objeto de cubrir los puestos de avanzada.

En casos especiales, condicionados a la misión coordinadora, se proveerá de asesoramiento técnico y científico a los institutos provinciales, cuyo personal podrá seguir los cursos intensivos en los centros regionales o también ser becado en los centros de investigación nacionales o extranjeros.

*Título - 3 - Coordinar la Sanidad de los animales en los aspectos vinculados a la higiene humana*

La «Comisión de Zoonosis» estará en constante contacto con la Dirección General de Ganadería y con los organismos provinciales que tengan iguales funciones o parecidos propósitos. Lo mismo ocurrirá con los departamentos provinciales de higiene y con las instituciones privadas.

La coordinación principal se hará en base al Instituto Central de Investigaciones en cuanto al intercambio y «patronización» de técnicas de preparación de antígenos etc., destinados al diagnóstico, que es necesario uniformar en métodos y medios para obtener en su aplicación resultados contabilizables a los fines de las estadísticas y del contralor sanitario.

Para esos fines, deben mantenerse secciones especiales destinadas a los laboratorios «Patrón», cuya misión será la de estudiar, preparar y controlar los productos que por intermedio de una legislación previsora, se obligue a aplicar en los contralores higiénico-sanitarios nacionales y también en los que se planeen en el orden internacional.

Un «Patrón Tuberculínico», un «Patrón Brucélico», etc., señalarán la medida con que deben apreciarse las investigaciones epidemiológicas y epizootiológicas; todas estas consideraciones nos llevan a poner en evidencia la estrecha colaboración médico-veterinaria en

la profilaxis de la hidatidosis, brucelosis, tuberculosis y otras zoonosis en cuya erradicación deben coincidir, y sumarse en un plan de profilaxis.

*Título - 4 - Fiscalizar la Sanidad de los animales en los aspectos vinculados a la higiene humana*

La «Comisión de Zoonosis» reúne las condiciones ideales para cumplir con esa misión tan importante, pues la constante información y coordinación de funciones, necesita de estadísticas e informes técnicos permanentes en cada caso, cuando se consideren los planes de profilaxis.

Uno de los principales problemas de fiscalización se planteará con el funcionamiento del plan de profilaxis hidatídica, en cuyo caso el censo de caninos y su fichaje, para cumplir con los propósitos de profilaxis activa, hace necesaria una constante coordinación con el laboratorio regional de Azul (Provincia de Buenos Aires), con los organismos nacionales, provinciales y municipales, con los que establecerá planes de acuerdo a lo considerado en el «Título 2».

Para cumplir con los propósitos de colaboración financiera se hace necesaria una contabilidad especializada, con el objeto de fiscalizar el cumplimiento de los planes convenidos, como así también de los beneficios obtenidos en su ejecución.

Con ese mismo objeto mantendrá constante contacto con la organización prevista en el inciso N.º 16, sobre todo en lo que se refiere al tráfico de animales y su contralor sanitario; con lo previsto en el inciso 23, en lo que se refiere al Código Bromatológico, y con el inciso 34 en cuanto se refiere a los establecimientos destinados a la tenencia, comercio y sacrificio de animales y se relaciona con el inciso 40, que se refiere a la salud de los que trabajan en dichos establecimientos, sobre todo en la prevención de las enfermedades profesionales de origen infeccioso animal.

La Comisión de Zoonosis mantendrá contacto con la organización que fiscalizará los productos biólogicos de uso humano y animal, para ser aplicados en los planes de profilaxis en ejecución.

La fiscalización del personal que actúe en los planes de profilaxis que dependan de la Comisión de Zoonosis, se actualizará periódicamente en un fichero llevado por personal especializado, con el fin de clasificar su actividad y rendimiento.

*Art. 2.º, Inc. B.c. — En lo referente a la prevención y erradicación de las endemias regionales, enfermedades cuarentenables o de grave peligro para la comunidad, y de toda otra susecptible de asumir esos caracteres.*

Además de otras enfermedades endémicas, este inciso se refiere especialmente a las enfermedades pestilenciales, es decir: fiebre amarilla, peste, cólera, viruela y tifus exantemático.

La lucha contra la fiebre amarilla se realizará con los elementos siguientes: creación de la escuela de lucha antiestegómyca en la ciudad de Santiago del Estero; formación de un laboratorio para investigación de inmunidad y patología de la fiebre amarilla; y creación de servicios antiestegómycos en el Norte y Litoral del país.

En cuanto a la campaña antipestosa, se tendrá en cuenta lo siguiente: fabricación de elementos raticidas en el Instituto Bacteriológico Malbrán; centralización de los exámenes de ratas de los puertos; confirmación de los diagnósticos de peste, así como los estudios epidemiológicos, que los realizará la sección del mismo nombre de la mencionada dependencia de la Secretaría de Salud Pública, igual que la observación del cumplimiento de la ley y reglamentación de profilaxis antipestosa.

Con respecto a la viruela, se contemplará lo siguiente: modificación de la reglamentación de la ley de profilaxis contra la viruela, y producción y fiscalización de vacuna antivariólica.

En cuanto al cólera, diremos que es una enfermedad pestilencial de caracteres epidemiológicos particulares, que indican las pocas posibilidades existentes de llegar a sufrir un ataque de la misma. Sin embargo, deberá continuarse con los estudios relacionados con la vacunación y acción de antibióticos.

El tifus exantemático presenta dos caracteres en nuestro país. El primero pertenece a aquel que esporádicamente aparece en las regiones del altiplano, donde llega de países limitrofes y es el denominado tifus clásico o histórico, transmitido por el piojo del hombre. El segundo, se manifiesta en el interior del país, en los puertos y es el llamado tifus murino, que, como su nombre lo indica es transmitido por las pulgas de las ratas. Las otras enfermedades por «Rickettsias», aun no han sido estudiadas en nuestro país. Por tanto, debemos recomendar que la Secretaría de Salud Pública, por medio de sus respectivas dependencias, investigue las enfermedades de los animales y del hombre originadas por los microorganismos del género «Rickettsia».

El capítulo de Zoonosis, ha sido estudiado por la comisión de zoonosis y de hidatidosis, que presenta la parte legislativa correspondiente.

La Comisión Nacional Permanente para el Estudio y Profilaxis de las Enfermedades Comunes al Hombre y a los Animales estudiará y coordinará las investigaciones y campañas profilácticas que realicen los organismos oficiales y asesorará a las reparticiones oficiales. La mencionada comisión tendrá las funciones siguientes: 1) coordinar la labor especializada de los organismos oficiales encargados de estudiar y realizar la profilaxis de las enfermedades comunes al hombre y a los animales; 2) proyectará planes profilácticos; 3) distribuirá periódicamente informaciones relativas a la lucha contra dichas enfermedades.

## ORDEN DE PRELACION

*Año* 1947

Organización del Instituto Central de Investigaciones.

Laboratorios «Patrones».

Organización de los centros regionales de Azul (Prov. de Buenos Aires), de Estudio y Profilaxis Hidatídica; y el de Córdoba para Estudio y Profiláxis Brucélica.

Confección del mapa «Epidémico-epizootiológico».

*Año* 1948

Organización del centro regional de Santiago del Estero para el estudio y profilaxis pestosa.

Comienzo del plan de Profilaxis Hidatídica. Levantamiento del censo canino.

Ejecución del plan de profilaxis brucélica en la zona central y Norte de la República. Indice brucélico de las zonas centrales. Or-organización del centro regional de la zona pampeana para el estudio y profilaxis brucélica; la infección ovina.

Confección del mapa «Epidémico-epizootiológico».

*Año* 1949

Ejecución total del plan de Profilaxis Hidatídica.

Ejecución total del plan de Profilaxis Brucélica.

Comienzo del plan de Profilaxis Pestosa.

Confección del mapa «Epidémico-epizootiológico».

*Año* 1950

Consolidación de trabajos.

Balance de la obra efectuada.

Coordinación sanitario-zoonótica con los países vecinos.

Sometimiento a la Unión Panamericana de lo efectuado en el país y países vecinos. Confección del mapa «Epidémico-epizootiológico».

*Año* 1951

Balance de la obra efectuada.

Vinculación con el Instituto Panamericano de Investigaciones

Coordinación internacional de acción sanitaria.

Completar la acción sanitaria con la de asistencia social.

Confección del mapa «Epidémico-epizootiológico».

### AQUILOSTOMIASIS HELMINTOSIS

*La anquilostomiasis en la República Argentina.* — Mal llamada así, pues el 95 por ciento de los afectados no lo son por el parásito denominado «Anquilostoma Duodenale» sino por el «Necator Americanus», variedad muy semejante. De ahí que debería llamarse la enfermedad «Necatoriosis». Endemia de larga data, tuvo entre sus

antecedentes varias campañas sanitarias que, a pesar de la buena voluntad de sus iniciadores, no llegó a producir los beneficios requeridos, por la falta de personal y de recursos; que es lo más necesario para la extinción de este tipo de endemias.

Esta campaña fué encarada hasta el momento actual con la creación de seis dispensarios en Corrientes, repartidos de acuerdo a los índices de infección, en tal forma, que cada auxiliar sanitario tenía bajo su control ¡24.000 personas que atender! En Chaco, Misiones y Formosa, la campaña está a cargo de las respectivas Asistencias Públicas de las capitales, habiendo una enorme desproporción entre la cantidad de enfermos y el personal sanitario. Si a esto agregamos la falta de medios de transporte y de elementos de laboratorio, comprenderemos el fracaso del método intensivo de tratamiento, así como la educación sanitaria de la población y las ventajas que ofreciera el tratamiento en masa como solución de emergencia.

En el Chaco Santafesino y el Norte de Entre Ríos, la acción antianquilostomiásica es nula. Para tener una idea de la acción contra el anquilostoma, expondremos los datos estadísticos de los últimos años en la provincia de Corrientes, Chaco, Misiones y Formosa.

Es la provincia de Corrientes, la parte más importante del problema dada la densidad de su población y el índice de infección más elevado, por lo cual hemos creído necesario considerarla como base o punto de partida de nuestro plan quinquenal de lucha anquilostimiásica. Pertenecen a esta provincia, además, las cifras más completas de las estadísticas y de la población.

| | | |
|---|---|---|
| Año 1941. | Tratamientos efectuados | 25.810 |
| | Escuelas visitadas ..... | 306 |
| Año 1942. | Tratamientos efectuados | 41.624 |
| | Escuelas visitadas ..... | 351 |

Individuos tratados que no usan letrinas 41,7 %
Individuos tratados que no usan calzado 34,3 %

Durante ese año se intensificó el tratamiento en masa en las escuelas, y la atención de los enfermos en dispensarios y puestos sanitarios. Las campañas del Chaco, Misiones y Formosa quedaron a cargo de las respectivas Asistencias Públicas, dando las siguientes cifras de tratamientos efectuados:

| | |
|---|---|
| Misiones ................ | 8.088 |
| Chaco .................. | 3.459 |
| Formosa ................ | 860 |

Año 1943. Tratamientos efectuados: 23.652

Individuos tratados que no usan letrinas: 42,7 %
Individuos tratados que no usan calzado: 45 %

Ese año, debido a la falta de provisión de medicamentos por el conflicto bélico, se descendió en el porcentaje de tratamientos. Sólo se recibieron partidas de tetracloruro de carbono, faltando totalmente el aceite de quenopodio. Se pensó, en forma muy lógica por cierto, efectuar una profilaxis intensiva haciendo cumplir la ley provincial de anquilostomiasis N.° 396, que obliga a los propietarios a tener letrinas en sus domicilios.

Se requirió entonces la colaboración del jefe de policía, Tte. (R) Don Clizio de Bertucci, quien ordenó a todos los comisarios que el personal de dicha repartición tomara parte activa para hacer cumplir la ley.

De los territorios de Chaco, Misiones y Formosa, faltan datos, pero se manifestó que había una desproporción enorme entre los enfermos medicados y los infectados, por la sencilla razón de que faltaba personal para realizar las tareas.

| | |
|---|---|
| Año 1944. Tratamientos efectuados | 29.858 |
| Individuos tratados que no usan letrinas | 53,4 % |
| Individuos tratados que no usan calzado | 47,9 % |
| Escuelas visitadas ...... | 286 |

A pesar de la buena voluntad puesta de manifiesto por el personal sanitario, se vió la imposibilidad de producir una fecunda labor por carecer de elementos materiales y pecuniarios para trasladarse y recorrer el territorio. En efecto, además de no existir medios de transporte, como automóviles y camiones oficiales, el viático asignado para movilidad alcanzaba a la suma de ¡$ 45.— por mes!

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Territorios: | Chaco: | Enfermos | atendidos | 1.989 |
| | Misiones | » | » | 3.638 |
| | Formosa | » | » | 660 |

| | |
|---|---|
| Año 1945. Tratamientos efectuados | 33.642 |
| Individuos tratados que no usan letrinas | 51,1 % |
| Individuos tratados que no usan calzado | 49,2 % |

Durante este año se continúa la campaña de contralor iniciada en 1944, tratando de establecer el número de reinfecciones que media entre un año y otro. Se controlan los abandonos de tratamientos y el tratamiento necesario para obtener el mayor porcentaje de desparasitación colectiva. Se levanta también en Resistencia (Chaco) un nuevo índice de infección, instruyéndose además al personal de la Asistencia Pública para la lucha anquilostomiásica. Se pide durante este año ordenación por categorías del personal y aumento de los viáticos. Los medicamentos se agotaron.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Territorios: | Chaco | Enfermos | atendidos | 1.838 |
| | Misiones | » | » | 1.155 |
| | Formosa | » | » | 410 |

*Promedio de los últimos cinco años:*

| | | |
|---|---|---|
| Corrientes: Enfermos atendidos | 30.917 — 5,45 % | |
| Individuos tratados que no usan letrinas | | 47,10 % |
| Individuos tratados que no usan calzado | | 44,10 % |
| Misiones: Enfermos atendidos | 4.327 — 2,3 % | |
| Chaco » » | 2.428 — 0,55 % | |
| Formosa » » | 643 — 1,07 % | |

Vemos pues lo reducido de la lucha anquilostomiásica, comparando el número de habitantes de cada zona con el de enfermos atendidos. En Corrientes, cuyo índice de infección anquilostomiásica sobrepasa el 50 % de la población, en donde la campaña, la lucha y la organización han sido más intensas, sólo se ha tratado ¡un 5,45 % de sus habitantes!

En Misiones, cuyo índice de infección es de 80,2 %, se ha medicado ¡el 2,3 % de la población!

En Formosa, con un índice de infección del 63,3 %, se ha visto medicar sólo el 1,07 % de su población; Chaco, con un índice de infección del 40 %, tuvo medicación el 0,55 % de su pueblo! Esto es en cuanto a tratamientos efectuados.

Si nos fijamos en las causas que favorecen la infección, vemos que prácticamente la mitad de la población está expuesta permanentemente a infectarse por la falta de calzado y de letrinas. En realidad, el problema es pavoroso. Mientras tanto el anquilostoma continúa anemiando nuestra población, astenizándola y dándonos el ejemplar tan típico de esas zonas, que todos conocemos como el «tape haragán».

## SOLUCION DEL PROBLEMA

El plan quinquenal de Salud Pública contempla con sumo interés esta endemia, existiendo el firme propósito de terminar con la anquilostomiasis.

Es casi seguro que más de una sonrisa de escepticismo e incredulidad se ha de dibujar al leer estas líneas. Sin embargo, con dinero, organización y energía, creemos que la meta no está muy lejana. ¿De qué medios disponemos para luchar contra el anquilostoma en forma ordenada y eficiente? Antes de entrar de lleno en la materia recordaremos en pocas palabras la evolución y ciclo del parásito, para comprender los puntos de ataque en nuestra campaña de profilaxis y tratamiento.

El anquilostoma duodenale evoluciona directamente, sin huésped intermediario, y sus larvas se desarrollan en la tierra. Eliminados los huevos con las heces del individuo parasitado, deben encontrar en el medio externo ciertas condiciones físicas para continuar

su desarrollo, que son: temperatura de 25 a 30°, cierto grado de humedad y oxígeno.

Estas condiciones ideales las encuentra en la tierra del norte y litoral. En ese medio ambiente favorable, los huevos se transforman en larvas, las cuales esperan en la tierra ponerse en contacto con el hombre, atravesando su piel a través de los pies, al andar descalzo, o bien por la piel de las manos en aquellos que manejan la tierra.

Atravesada la piel pasa a la circulación sanguínea, de ahí derecho al corazón, luego a los pulmones, donde abandona activamente los capilares, pasa a los alvéolos y luego, arrastrado por las mucosidades llega a la tráquea, toma el esófago, desciende al estómago y después al duodeno e intestino. Aquí aumenta de tamaño hasta llegar a su estado adulto, forma ganchos que se fijan en la mucosa intestinal lastimándola y comenzando su acción expoliatriz anemiante por pequeñas hemorragias intestinales, favorecidas por una substancia anticoagulante que segrega el parásito. El individuo parasitado, padece entonces de anemia y de astenia.

En consecuencia, el plan profiláctico y asistencial debe efectuarse actuando sobre los siguientes eslabones de la cadena «parásito-hombre-parásito»:

1.° Evitar la diseminación de huevos en la tierra, suprimiendo la defecación en el suelo.

2.° Evitar la penetración de las larvas diseminadas en la tierra a través de la piel, no andando descalzo en el suelo.

3.° Examen y control de todos los habitantes de zona anquilostomiásica.

4.° Tratamiento intensivo de los individuos infectados.

El día que ningún ciudadano defeque en el suelo, ande descalzo y desaparezcan los vermes del intestino de los infectados, ese día habrá dejado de existir la anquilostomiasis en nuestro país.

Para llegar a tal finalidad, actuando sobre los eslabones expuestos anteriormente, disponemos de múltiples medios, que se irán exponiendo a continuación y que habrá que aplicar en forma sistemática, progresiva e inexorable, si se desea resolver este problema sanitario definitivamente.

A) Legislación adecuada.

B) Unificación y coordinación de la lucha.

C) Nombramiento del personal técnico y administrativo necesario con una distribución adecuada.

D) Adquisición de laboratorios y material rodante, para la movilización del personal en cualquier zona que así lo requiera.

E) Adquisición y «stock» de medicamentos.
F) Educación sanitaria de la población.
G) Coordinación con la lucha de lepra, tracoma y venéreas.

A. — LEGISLACION ADECUADA

Se ha realizado una legislación casi perfecta, tanto nacional como provincial y, si bien falta llenar algunos claros, el estricto cumplimiento de la legislación realizada hasta la fecha, terminaría con la anquilostomiasis.

Naturalmente que para hacer cumplir con la ley haría falta la organización y el equipo que describiremos más adelante. Es de interés conocer los articulados de las leyes al respecto.

**Ley Nacional N.° 12.107, sancionada el 30|9|1934**

Art. 1.°—Declárase obligatorio en todo el territorio de la Nación el tratamiento y profilaxis de la anquilostamiasis.

Art. 2.°—Para el cumplimiento del artículo anterior, el Poder Ejecutivo determinará cuáles son las zonas afectadas de anquilostomiasis en el país y realizará convenios con los gobiernos de provincias, a efectos de establecer la acción conjunta de las autoridades sanitarias nacionales, provinciales y municipales.

Art. 3.°—Toda persona atacada de anquilostomiasis, deberá justificar ante las respectivas autoridades sanitarias, que sigue un tratamiento particular de curación. El enfermo que no siga ese tratamiento, será atendido en los establecimientos sanitarios nacionales, provinciales o municipales, así como en los particulares que gozan del subsidio oficial. Este servicio será gratuito.

Art. 4.°—Las autoridades podrán disponer el aislamiento de los enfermos en sus respectivos domicilios, cuando se nieguen a todo tratamiento de curación.

Art. 5.°—Los padres, tutores o encargados de agrupaciones; los que tengan a su cargo personal de trabajo y los médicos escolares, militares, navales, de policía, municipales y asociaciones de beneficencia y socorros mutuos, quedan obligados a prestar su concurso para el cumplimiento de la presente ley.

Art. 6.°—Toda casa habitación, fábrica o lugar cerrado de reunión en el radio urbano o rural de las zonas reconocidas como afectadas de anquilostomiasis, deberá tener las construcciones sanitarias que establezca la respectiva reglamentación.

Art. 7.°—Los propietarios que dentro del término de un año desde la promulgación de la presente ley, no hayan dado cumplimiento de lo dispuesto en el artículo anterior, serán penados con $ 50.— m/n de multa por cada mes de retraso en las construcciones sanitarias.

Art. 8.°—No podrán ser objeto de transferencias ni de constitución de derechos reales, los bienes inmuebles con edificación, ubicados en zonas que se declaren afectadas, sin que previamente los escribanos reclamen de las autoridades sanitarias locales el certificado que acredite la asistencia de las construcciones requeridas en el artículo 6.°.

Art. 9.°—Las sanciones de esta ley serán aplicadas por la dirección de las reparticiones sanitarias de la Nación o de las provincias, según el lugar de la infracción, con recurso en uno y otro caso ante la justicia ordinaria respectiva.

En la Capital y en las gobernaciones nacionales se aplicará para la substanciación de los recursos contra la sanción administrativa, y con excepción de lo dispuesto sobre competencia, el procedimiento establecido en los artículos 42 a 56 de la ley N.° 11683.

Art. 10.—El producido de las multas que impone esta ley, se destinará a los fondos sanitarios nacionales, provinciales o municipales, según la jurisdicción en que se aplique.

Art. 11.—En la ley de presupuestos de gastos de la Nación, se incluirá anualmente la partida correspondiente para el cumplimiento de la presente ley.

Art. 12.—Comuníquese al Poder Ejecutivo, etc.

## Ley Provincial N.° 396

El Senado y la Cámara de Diputados de la Provincia, sancionan con fuerza de Ley:

Art. 1.°—Declárase obligatorio en todo el territorio de la Provincia el tratamiento de la anquilostomiasis.

Art. 2.°—Todo enfermo sospechoso queda obligado a someterse al tratamiento, que será hecho por la Dirección de Salubridad de la Provincia, por las autoridades sanitarias de la Nación o por los médicos facultados por esas autoridades.

Art. 3.°—Los padres, tutores o encargados de agrupaciones y de los que tengan a su cargo personal de trabajo etc., quedan obligados a prestar su concurso a las autoridades sanitarias, provinciales o nacionales, para cumplimiento de la presente ley.

Art. 4.°—Los directores y maestros de escuelas que sospechasen casos de anquilostomiasis entre los alumnos, solicitarán inmediatamente la observación directa del médico escolar, municipal o de policía, y en caso de confirmarse la sospecha , darán cuenta a la Dirección de Salubridad de la Provincia para que ésta adopte las medidas del caso.

Art. 5.°—La Dirección de Salubridad de la Provincia y las autoridades sanitarias de la Nación, quedan autorizadas a solicitar de las autoridades provinciales su concurso para proceder al tratamiento de los enfermos o sospechosos, cuando ello fuere necesario.

Art. 6.°—Los enfermos que se negasen a su tratamiento, podrán ser reducidos por la Dirección de Salubridad en lugares apropiados que facilitará el P. E. a los fines de su curación.

Art. 7.°—Todos los propietarios de las casas, ya sean urbanas o rurales, quedan obligados a la construcción inmediata dc letrinas.

Art. 8.°—Los propietarios que dentro de seis meses de promulgada esta ley no hayan dado cumplimiento al artículo 7.°, serán penados con una multa de cien pesos, y, a partir de esta fecha, sufrirán cinco pesos de multa por cada mes de retardo en la construcción de la letrina.

Art. 9.°—En las comisarías departamentales, se llevará un registro de salubridad bajo la dirección del médico de policía y en ausencia de este , del comisario departamental, donde se anotarán las declaraciones comprobadas de los propietarios de haber cumplido con la presente ley; y enviará a la Dirección de Salubridad de la Capital, un duplicado de cada uno de los asientos, a fin de formar con ello el registro general.

Art. 10.—Los médicos de policía o comisarios departamentales que en el desempeño de las funciones establecidas por la presente ley incurrieran en su incumplimiento, serán exonerados de sus cargos por el P. E., cuando mediare la denuncia comprobada por la Dirección de Salubridad.

Art. 11.—Las penas a los que infringiesen la presente ley serán aplicadas por las autoridades provinciales y se harán efectivas por la vía judicial de apremio.

Art. 12.—Destínase hasta la suma de cinco mil pesos moneda nacional a los efectos de la presente ley, que se hará de rentas generales con imputación a la misma.

Art. 13.—El P. E. reglamentará la presente ley.

Art. 14.—Comuníquese al P. E.

*Sala de Sesiones de la Honorable Legislatura de la Provincia, Corrientes, Octubre 9 de 1922*

PEDRO DÍAZ COLODRERO — R. MEABE

ARTURO N. ARTIGAS (Secretario del Senado) — E. GALLINO (Secretario C. Diputados)

Corrientes, Octubre 13 de 1922.

Téngase por ley de la Provincia, cúmplase, comuníquese, publíquese y dése al Registro Oficial.

ROBERT
M. A. BERMUDEZ

## Decreto N.° 311

Corrientes, Agosto 31 de 1926.

No habiendo sido reglamentada hasta aquí la Ley N°. 396 del 13 de octubre de 1922, declarando obligatorio en toda la Provincia el tratamiento de la Anquilostomiasis, y siendo necesario dictar las medidas reglamentarias del caso, en uso de la facultad que acuerda al P. E. el artículo 13 de la misma ley,

*El Gobernador de la Provincia,*

DECRETA:

Art. 1°.—La Dirección de Salubridad de la Provincia editará un folleto conteniendo el texto de la ley N.° 396, como asimismo del presente Decreto Reglamentario, y agregará una cartilla ilustrativa de la manera cómo se origina el agente productor de la infección y las medidas profilácticas para prevenir su infección o curarla, en caso de producida, con indicación del tratamiento y medicación adecuada.

Art. 2°.—Dicho folleto será profusamente distribuído a la población de las distintas ciudades, pueblos, colonias y campaña, por intermedio de las Municipalidades, Comisiones Municipales y de Fomento, autoridades policiales, urbanas y rurales, comisionados escolares y directores y personal docente de las escuelas.

Art. 3°.—La Dirección de Salubridad, médico de policía, tribunales escolares, municipales y de las instituciones de beneficencia que reciban subsidios o subvenciones del Estado, propenderán por todos los medios, a la mayor difusión de la ley y a su cumplimiento, debiendo coope-

rar con todo celo y diligencia para la mejor profilaxis y tratamiento de la enfermedad.

Art. 4º.—La Dirección de Salubridad dirigirá circulares a todos los médicos particulares habilitados para el ejercicio profesional en la provincia, reclamando su más eficaz concurso para la obra patriótica de propender al exterminio o disminución de tan terrible mal.

Art. 5º.—Las autoridades municipales y policiales quedan encargadas de velar por el fiel y exacto cumplimiento de la disposición del artículo 7º. de la Ley, que hace obligatoria la construcción de letrinas, tanto en las propiedades urbanas como rurales, acordándose el plazo de 6 meses a contar de la fecha del presente Decreto, para el cumplimiento estricto de dicha disposición, bajo las penas establecidas en el artículo 8º.

Art. 6º.—Las letrinas urbanas reunirán las condiciones exigidas por las respectivas reglamentaciones municipales, en las localidades donde se hubieren dictado dichos reglamentos, y en donde se careciera de ellos, queda establecido que las condiciones mínimas que deben reunir las letrinas, serán las siguientes: pozo negro calzado en mampostería, de las dimensiones corrientes de un metro veinte de diámetro, por lo menos, y tres metros de profundidad como mínimo, debiendo ir provistos del correspondiente asiento y garita protectora.

Art. 7º.—Como medida preventiva de defensa contra la enfermedad, recomiéndase el uso del calzado y promuévase la acción social, en concurrencia con la oficial, para el logro de este propósito.

Art. 8º.—Las Comisarías departamentales procederán a la inmediata apertura del Registro a que se refiere el artículo 9º. de la Ley, y la Dirección de Salubridad exigirá el más exacto cumplimiento de dicha disposición, así como igualmente de lo preceptuado en el artículo 10 de la misma ley.

Art. 9º.—La Dirección General de Escuelas de la Provincia, dispondrá lo necesario a fin de que el personal directivo y docente de todas las escuelas de su dependencia dediquen invariablemente dos días en cada mes, para hacer entre los alumnos la propaganda encaminada a obtener el mejor cumplimiento de la Ley de defensa contra la anquilostomiasis y fiscalizar que entre los niños concurrentes a las escuelas, no haya atacados de la enfermedad que no sean sometidos al tratamiento curativo.

Art. 10—Queda facultada la Dirección de Salubridad para dictar todas las demás disposiciones que estime convenientes para el mejor logro de tan elevados fines.

Art. 11—Comuníquese, publíquese y dése al R. O.

*GONZALEZ*

*Felipe C. Solari.*

Como se ve, no descuida la ley los detalles necesarios para la profilaxis y tratamiento del mal. Sólo resta que las autoridades nacionales, provinciales y de Salud Pública organicen y coordinen un plan, haciéndolo cumplir estrictamente, sin excepción alguna. La energía de las autoridades, deberá ser llevada a su máximo para el bienestar de la población, y tenemos la seguridad de que manteniendo esa energía en el cumplimiento de la legislación sanitaria y del plan quinquenal, se extirparán definitivamente, no sólo la anquilostomiasis, sino otras endemias que llenan de bochorno a nuestro pueblo.

### DIRECCION REGIONAL DE HELMINTIASIS

La creación de esta Dirección resuelve los puntos B, C, D, E. F. G. ya expuestos, pues será el organismo encargado de llevar a la práctica el plan profiláctico y asistencial comprendido en dichos puntos, por medio de la organización técnica administrativa expuesta en los mismos.

Esta Dirección Regional de Helmintiasis tendrá asiento en la ciudad de Corrientes, lugar elegido por su posición geográfica adecuada y por ser la capital del territorio más devastado por el anquilostoma.

Constará esta Dirección de un médico director regional, un secretario técnico, un secretario administrativo y un jefe de inspectores y personal necesario, y tendrá las siguientes funciones: Reorganizar los servicios, nombrar el personal técnico y administrativo correspondiente, elevar un presupuesto global semestral de las partidas necesarias y gastos hechos para la efectividad de la lucha anquilostomiásica. Elevar mensualmente a la Dirección General de Epidemiología y Endemia, los trabajos y gastos efectuados, en planillas adecuadas. Organización de la campaña. Designación y distribución del personal en los Dispensarios y Puestos Sanitarios. Educación Sanitaria. Propaganda periodística, radial, cinematográfica, etc. Slogans. Coordinar una acción conjunta con las Direcciones de Oftalmología (Tracoma), Lepra, Venéreas, Médicos Escolares, Militares, Policiales, etc. Adquisición, distribución y formación del stock de medicamentos. La Dirección Regional dispondrá de un cuerpo de inspectores cuyas funciones serán las de controlar el fiel cumplimiento de sus tareas del personal técnico, administrativo, de Dispensario y Pues-

tos Sanitarios, exigiendo semanalmente un mínimo de trabajo de profilaxis, laboratorio y tratamientos. Censar al mismo tiempo las personas que no usan calzado y controlar la falta de letrinas en los domicilios. Exigir el cumplimiento de la ley nacional N.° 12.107 y de la ley provincial N.° 396. Dicho cuerpo estará constituído por seis inspectores regionales con asiento en Corrientes, Chaco, Misiones, Formosa, Entre Ríos y Santa Fe. A su vez, cada uno de estos inspectores regionales, tendrá bajo su dependencia a 29 «inspectores locales» distribuídos de la siguiente forma:

12 para Corrientes, 5 para el Chaco, 5 para Misiones, 3 para Formosa, 2 para Entre Ríos y 2 para Santa Fe. Los inspectores deberán ser trasladados de zona periódicamente.

La Dirección Regional de Helmintiasis, será inspeccionada por el cuerpo de inspectores de la Secretaría de Salud Pública, cada vez que lo considere necesario la Dirección General de Epidemiología y Endemias.

### DISPENSARIOS

Como se ha manifestado anteriormente, la función más importante de la Dirección Regional de Helmintiasis, será la organización de los Dispensarios y Puestos Sanitarios, unidades que prácticamente son las que llevarán el peso de la tarea.

Cada Dispensario estará constituído por un médico director, 2 visitadoras de Higiene, 2 guardas sanitarios y 1 laboratorista. Como elementos fundamentales de trabajo, tendrá todo lo necesario para efectuar análisis Coprológicos y Sanguíneos. El médico director tendrá a su cargo la distribución de las tareas correspondientes a una zona determinada, la responsabilidad en el cumplimiento de dichas tareas, la misión de enviar semanalmente a la Dirección Regional de Helmintiasis las planillas especiales especificando las personas revisadas, los análisis efectuados, los tratamientos, los domicilios con falta de letrinas, etc. Deberá solicitar, además, la colaboración policial, municipal o judicial para hacer cumplir las distintas leyes sobre anquilostomiasis.

Las visitadoras de Higiene y los guardas sanitarios deberán recorrer en forma progresiva zonas delimitadas para cada uno de ellos, controlándolas periódicamente; verificar la falta de letrinas domiciliarias y los individuos que anden descalzos; dejar los termos en los domicilios con las instrucciones para juntar materias fecales, las que serán recogidas o enviadas al laboratorio antes de las 24 horas de emitidas. Tendrán además las visitadoras y guardas sanitarios que anotar en las planillas los casos observados (nombre y domicilio); resultado de los análisis y tratamiento efectuado, etc. Será además una obligación primordial de visitadoras y guardas sanitarios, la educación sanitaria, la

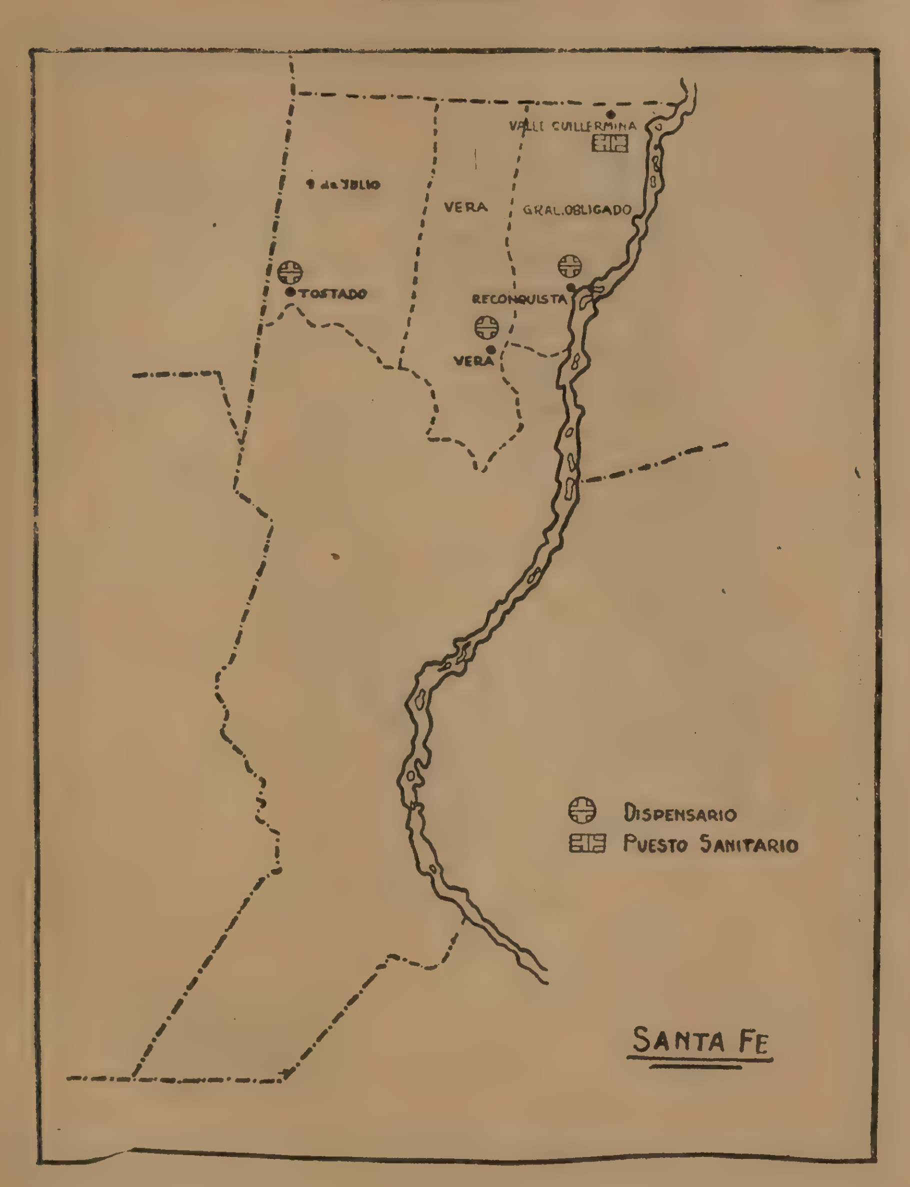
instrucción a la población en los buenos hábitos de la higiene por medio de la persuasión y control en el cumplimiento de las leyes. En una palabra, llegar al individuo, ilustrarlo, explicarle lo que es la anquilostomiasis y los peligros que encierra; educarlo sanitariamente, investigarlo, medicarlo y no perderlo de vista, mediante visitas periódicas.

PUESTOS SANITARIOS:

Son unidades de menor jerarquía que los Dispensarios para situar en las zonas más alejadas de los centros urbanos que estarán constituídos por: 1 médico-director, 2 visitadoras o guardas sanitarios y 1 laboratorista con elementos indispensables para efectuar análisis Coprológicos. Las funciones, así como la retribución pecuniaria, serán idénticas al personal de los Dispensarios.

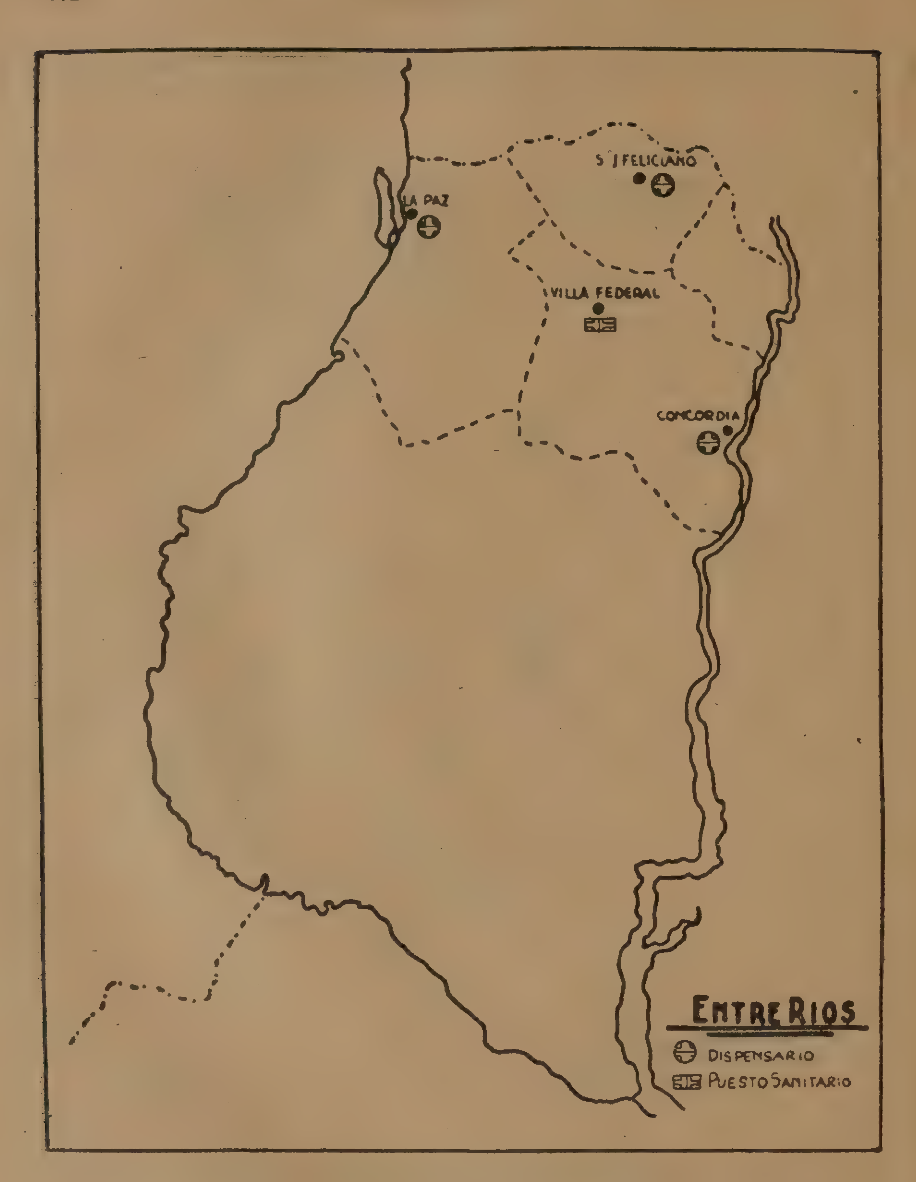
La distribución de los Dispensarios y Puestos Sanitarios se hará en la Provincia de Corrientes por Departamentos y de acuerdo al número de sus habitantes y del índice de infección. Aquellos que tengan un índice de infección superior al 30%, les corresponderá un funcionario de Sanidad por cada 2.000 habitantes más o menos. Aquellos Departamentos cuyo índice de infección sea menor del 30%, tendrán un funcionario de Sanidad por cada 5.000 habitantes. De acuerdo entonces a este concepto, la distribución de los Dispensarios en la Provincia de Corrientes se hará en la siguiente forma:

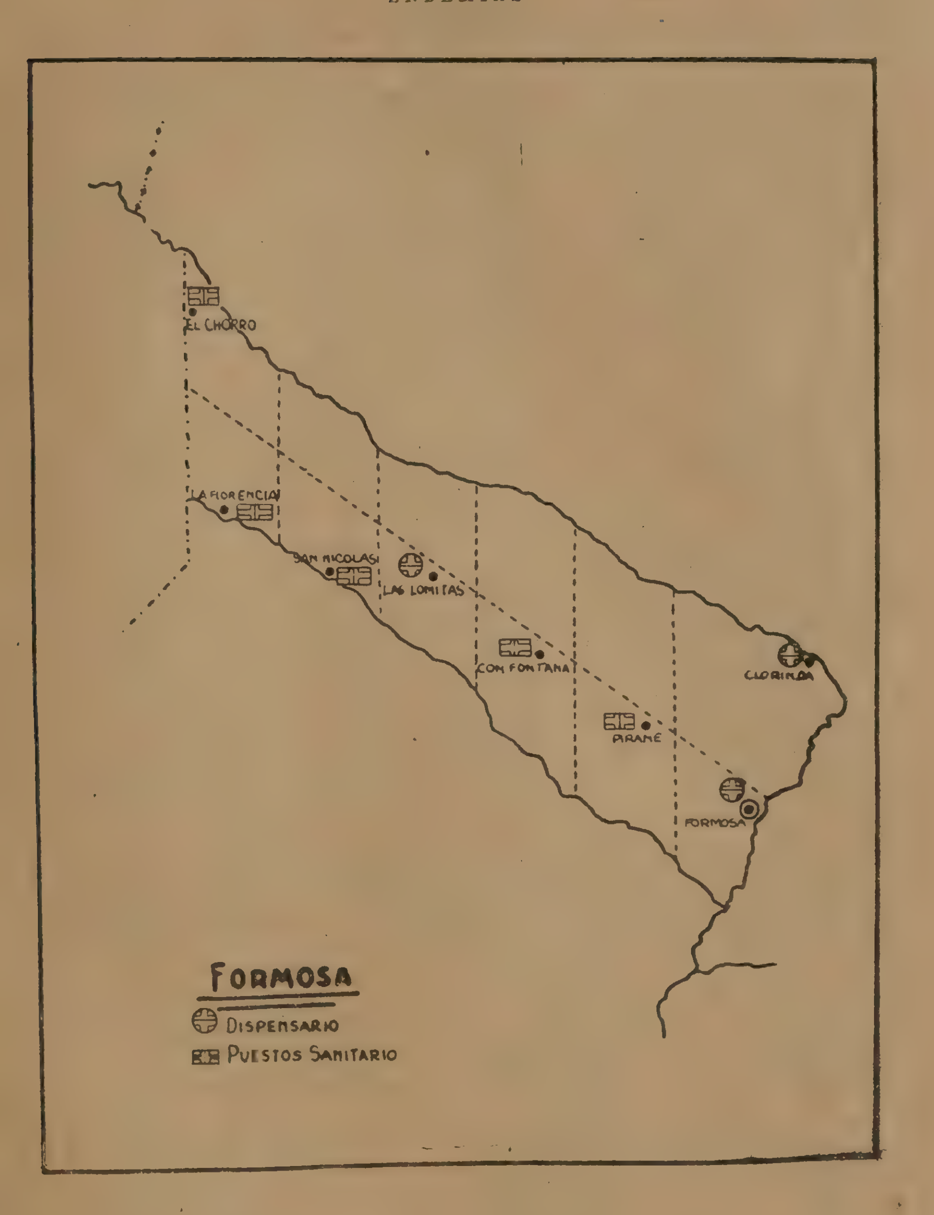

PTO. AGUIRRE
PTO. H. IRIGOYEN
Bdo de IRIGOYEN
EL DORADO
SAN PEDRO
PTO. MURRAY
FOBIANO
CORPUS
CANDELARIA
OBERA
POSADAS
SAN JAVIER
APOSTOLES
MISIONES
DISPENSARIO
PUESTO SANITARIO


VALLE GUILLERMINA
9 de JULIO
VERA
GRAL. OBLIGADO
TOSTADO
RECONQUISTA
VERA
Dispensario
Puesto Sanitario
SANTA FE


S.COSME
CORRIENTES
HERLITZKA
S.LUIS del PALMAR
LOMAS de VALLEJOS
EL SOMBRERO
PUISOYE
S.MIGUEL
EMPEDRADO
ITUZAINGO
MBURUCUYA
SALADAS
COLONIA TABAY
CONCEPCION
TOME
B.VISTA
S.ROQUE
PUEBLO de JULIO
MARTINEZ
S.LUCIA
VICTORIA
GOYA
EL TRANSITO
MERCEDES
S.LORENZO
DOS AMIGOS
CURUZU-CUATIA
SAUCE
ESQUINA
CORRIENTES
DISPENSARIO
PUESTO SANITARIO


EL PINTADO
NVA POBLACION
TACO POZO
PAMPA del INFIERNO
EL PARAISAL
ZAPALLAR
PTE de la PLAZA
PTO. BERMEJO
GRAL CAPDEVILA
VILLA BERTHET
RESISTENCIA
CNEL DUGRATY
LA SABANA
DISPENSARIO
CHACO


S. J FELICIANO
LA PAZ
VILLA FEDERAL
CONCORDIA
ENTRE RIOS
DISPENSARIO
PUESTO SANITARIO


EL CHORRO
LA FLORENCIA
SAN NICOLAS
LAS LOMITAS
COM FONTANA
CLORINDA
PIRANE
FORMOSA
FORMOSA
DISPENSARIO
PUESTOS SANITARIO

| | Nº. de habitantes | Ind. de Inf. | Disp. | P. San |
|---|---|---|---|---|
| Capital ............ | 65.000 | 60 % | 3 | 4 |
| San Miguel ......... | 9.000 | 96 % | 1 | — |
| Concepción ......... | 15.000 | 89 % | 1 | 1 |
| Goya ............... | 62.000 | 81 % | 3 | 4 |
| General Paz ........ | 22.000 | 79 % | 1 | 2 |
| Lavalle ............ | 29.000 | 70 % | 2 | 2 |
| San Roque .......... | 18.000 | 58 % | 1 | 1 |
| Mburucuyá ......... | 12.000 | 49 % | 1 | — |
| San Luis ........... | 23.000 | 42 % | 1 | 1 |
| Empedrado ......... | 22.000 | 38 % | 1 | 1 |
| Bella Vista ......... | 26.000 | menor 30 % | 1 | — |
| Esquina ............ | 28.000 | » » | 1 | — |
| Curuzú Cuatiá ....... | 31.000 | » » | 1 | — |
| Berón de Astrada .... | 3.000 | » » | Dep. Disp S. Cosme | |
| Itatí .... ......... | 5.000 | » » | » » | » |
| San Cosme .......... | 13.000 | » » | 1 | — |
| Monte Caseros ....... | 24.000 | » » | 1 | — |
| Sauce ............... | 12.000 | » » | — | 1 |
| Saladas ............ | 22.000 | » » | 1 | — |
| Paso de los Libres ... | 23.000 | » » | 1 | — |
| Santo Tomé ........ | 26.000 | » » | 1 | — |
| Ituzaingó .......... | 16.000 | » » | 1 | — |
| Mercedes .......... | 30.000 | » » | 1 | — |
| | | Totales: | 25 | 17 |

Es decir que el problema de la Anquilostomiasis en la Provincia de Corrientes, se tratará en forma científica, con un personal técnico de 276 personas en 25 Dispensarios y 17 Puestos Sanitarios y distribuídos en la siguiente forma:

| DEPARTAMENTO | CIUDAD | DISPENS. | P. SANITAR. |
|---|---|---|---|
| Capital | Capital | 3 | 4 |
| San Miguel | San Miguel | 1 | — |
| Concepción | Concepción | 1 | — |
| Concepción | Colonia Tabay | — | 1 |
| Goya | Goya | 1 | 1 |
| Goya | La Rosario | 1 | — |
| Goya | El Tránsito | 1 | — |
| Goya | Dos Amigos | — | 1 |
| Goya | San Lorenzo | — | 1 |
| Goya | Joviera | — | 1 |
| General Paz | General Paz | 1 | — |
| General Paz | Lomas de Vallejos | — | 1 |
| General Paz | Puisoye | — | 1 |
| Lavalle | Santa Lucía | 1 | — |
| Lavalle | Pueblo de Julio | 1 | — |
| Lavalle | Victoria | — | 1 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Lavalle | Martínez | — | 1 |
| San Roque | San Roque | 1 | — |
| San Roque | San Marcelo | — | 1 |
| Mburucuyá | Mburucuyá | 1 | — |
| San Luis | S. Luis del Palmar | 1 | — |
| San Luis | Herlitzka | — | 1 |
| Empedrado | Empedrado | 1 | — |
| Empedrado | El Sombrero | — | 1 |
| Bella Vista | B. Vista | 1 | — |
| Esquina | Esquina | 1 | — |
| C. Cuatiá | C. Cuatiá | 1 | — |
| San Cosme | San Cosme | | — |
| B. de Astrada | San Cosme | 1 | — |
| Itatí | San Cosme | | — |
| M. Caseros | M. Caseros | 1 | — |
| Sauce | Sauce | — | 1 |
| Saladas | Saladas | 1 | — |
| P. de los Libres | P. de los Libres | 1 | — |
| S. Tomé | S. Tomé | 1 | — |
| Ituzaingó | Ituzaingó | 1 | — |
| Mercedes | Mercedes | 1 | — |

*Misiones, Chaco y Formosa:* Dado que los «índices de infección» y otras estadísticas no han sido efectuados por departamentos en las Gobernaciones de Misiones, Chaco y Formosa, la distribución de Dispensarios y Puestos Sanitarios, no se ha hecho por departamentos, sino que se han tomado globalmente los «índices de infección» de todo territorio, el cual ha sido dividido en «zonas» hasta tanto el nuevo personal haga las estadísticas e índices de infección para distribuir con mayor precisión y exactitud los elementos. Los Dispensarios y Puestos Sanitarios se instalarán en la siguiente forma:

MISIONES

| ZONA | CIUDAD | DISPENSARIO | P. SANITARIO |
|---|---|---|---|
| 1 y 2 | Pto. Aguirre | 1 | — |
| | » Porvenir | — | 1 |
| 3 | » H. Irigoyen | 1 | — |
| 4 | Bdo. Irigoyen | 1 | — |
| 5 | Eldorado | 1 | — |
| 6 | San Pedro | 1 | — |
| 7 | Pto. Murphy | 1 | — |
| 7 | Corpus | — | 1 |
| 8 y 9 | Fabiano | 1 | — |
| 10 | Posadas | 1 | — |
| 11 | Candelaria | 1 | — |
| 12 | Oberá | 1 | — |
| 13 | Monteagudo | 1 | — |
| 14 | Apóstoles | 1 | — |
| 15 | San Javier | 1 | — |

## CHACO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | El Pintado | 1 | — |
| 2 | Taco Pozo | 1 | — |
| 3 | Nva. Población | 1 | — |
| 4 | Pampa del Infierno | 1 | — |
| 5 | El Parisal | 1 | — |
| 6 | Zapallar | 1 | — |
| 7 | Gral Capdevila | 1 | — |
| 8 | Pte. R. Sáenz Peña | 1 | — |
| 8 | Villa Berthet | 1 | — |
| 9 | Pte. de la Plaza | 1 | — |
| 9 | Pto. Bermejo | 1 | — |
| 9 | Resistencia | 1 | — |
| 10 | Cnel. Dugraty | 1 | — |
| 11 | Las Sábanas | 1 | — |

## FORMOSA

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | El Chorro | — | 1 |
| 2 y 8 | San Camilo | — | 1 |
| 3 y 9 | Las Lomitas | 1 | — |
| 4 y 10 | Comandante Fontana | — | 1 |
| 5 y 11 | Pirame | — | 1 |
| 6 | Clorinda | 1 | — |
| 7 | La Florencia | — | 1 |
| 12 | Formosa | 1 | — |

## ENTRE RIOS

| DEPARTAMENTO | CIUDAD | DISPENS. | P. SANITAR. |
|---|---|---|---|
| Concordia | Concordia | 1 | — |
| Concordia | Villa Federal | — | 1 |
| Feliciano | S. J. Feliciano | 1 | — |
| La Paz | La Paz | 1 | — |

## SANTA FE

| DEPARTAMENTO | CIUDAD | DISPENS. | P. SANITAR. |
|---|---|---|---|
| Vera | Ciudad Vera | 1 | — |
| General Obligado | Ciudad Reconquista | 1 | — |
| 9 de Julio | Villa Guillermina | 1 | 1 |
| General Obligado | Tostado | 1 | — |

Faltaría por último coordinar con otras direcciones que tienen en estas zonas otras endemias, como lepra, venéreas y tracoma, una acción conjunta y semejante utilizando la misma estructuración y personal, de tal modo que los Dispensarios y Puertos sanitarios lleguen a ser polivalentes, pero útiles y efectivos, evitando de este modo la dispersión del personal y la sobrecarga en el erario público.

## ORDEN DE PRELACION

La organización de esta lucha puede efectuarse de manera que para fines del año 1947, se halle en pleno funcionamiento y sea una realidad la campaña contra la Anquilostomiasis y otras endemias.

La aplicación del plan se hará en la siguiente forma:

1) La Secretaría de Salud Pública, por intermedio de la Secretaría General de Epidemiología y Endemias, creará la Dirección Regional de Helmintosis, con sede en la ciudad de Corrientes a partir del 1.° de Enero de 1947. Dicha Dirección estará constituída por 1 Médico-Director Regional, 1 Secretario Técnico, 1 Secretario Administrativo, 1 Jefe de Inspectores, 3 escribientes-estadígrafos, 1 ordenanza-encargado y personal de servicio necesario. La organización y nombramientos, etc., de la Dirección Regional deberá estar concluída para el 1.° de febrero de 1947.

El Médico-Director Regional, junto con sus secretarios, tendrá la obligación de proponer el nombramiento de los médicos-directores de los 61 Dispensarios y 26 Puestos Sanitarios, así como su distribución antes del 1.° de abril de 1947.

Una vez efectuadas dichas designaciones y zonas de actuación, los médicos-directores de los Dispensarios y Puestos Sanitarios deberán elevar las propuestas de nombramientos de personal técnico, administrativo y de maestranza de cada Dispensario y Puesto Sanitario a su cargo, así como también el material y el stock de drogas necesarias para la instalación y funcionamiento de los mismos. Dichas tareas deberán estar concluídas el 1.° de Julio de 1947.

La Dirección General de Administración de la Secretaría de Salud Pública, deberá proveer dicho material y dejar concluídas todas las instalaciones necesarias al día 1.° de octubre de 1947.

Una vez concluídos los trámites antedichos, los técnicos correspondientes deberán coordinar la lucha Anquilostomiásica con la de Tracoma, Lepra y Venéreas, de tal forma que todo el personal y las instalaciones de esta lucha Anquilostomiásica, tengan el carácter de polivalentes, ahorrando ingentes sumas al Estado y no menoscabando las funciones ni el trabajo necesario.

Por último, queda también a cargo de los médicos-directores, coordinar con las autoridades nacionales o provinciales el cumplimiento de las leyes N.° 12.107 Nacional y N.° 396 de la Provincia de Corrientes, cuyos articulados son completos y adecuados, requiriéndose solamente la forma de hacerlos efectivos.

## CAPITULO XVIII

### *VENEREAS*

*Reducir a valores no significativos el número de enfermos de afecciones venéreas, por la aplicación y ampliación de la ley de profilaxis y su decreto reglamentario 9.863 del 9-IX-46, ya que son enfermedades evitables en un todo y perfectamente curables.*

Se producen anualmente en nuestro país 47.400 «casos nuevos» de lúes y 30.200 por blenorragias. Basta enunciar estas cifras para hacernos cargo de la importancia del problema que plantean esos 80.000 enfermos por año, y la honda preocupación que debe dominar al Estado y a la sociedad.

Una estadística del Servicio de Higiene Pública de los Estados Unidos realizada en el año 1927, demostró que, de cada mil habitantes, existían 4,3 que recibían tratamiento específico. Si tomamos ese índice de 4 por mil para aplicarlo por analogía a nuestro país —ya que así debemos proceder dada nuestra carencia de estadísticas—, se deduce que existen 68.000 personas en la Argentina sometidas a tratamiento específico.

La reacción de Wassermann, practicada en gran escala en colectividades aparentemente sanas, sobre personas sospechosas, demuestra que existe un 5 por ciento de resultados positivos.

Un elemento de juicio que nos brinda un panorama más o menos exacto sobre la difusión de la enfermedad, es el número de nuevas infecciones. El coeficiente marca 3,46 por mil y por año. En otros términos: de cada mil habitantes, tres por lo menos contraen una lúes en el curso del año. Este índice, seriamente establecido, nos permite afirmar de un modo deductivo que, en la Argentina, se producen 40.000 nuevos casos de lúes primaria por año.

Es difícil elaborar una estadística exacta de la morbilidad venérea, porque gravitan factores que, por razones obvias, escapan a los intentos mejor organizados; en cambio, sería mucho más fácil y seguro obtener datos precisos sobre la mortalidad, tomando como base el porcentaje de muertes producidas por lúes.

Actualmente se consigna en el certificado de defunción la causa final del deceso sin especificar la etiología. Esto trae un

grave inconveniente para la estadística, que se salvará, como en otros países, estableciendo en forma obligatoria para el médico la especificación concreta de los tres factores que concurren a una defunción, es decir, la causa inmediata, la causa etiológica y las causas complicantes. De ese modo, tendríamos, convergiendo hacia la estadística, el dato clínico, la etiología cierta o probable y los factores complicantes que anteceden al óbito; también evitaríamos la anarquía estadística y la confusión entre los efectos aparentes y la causa verdadera de una muerte. Así, por ejemplo, en los certificados actuales, la causa de muerte consignada es hemorragia cerebral, síncope, cardiopatía, arterioesclerosis, etc., cuando en realidad, en un alto porcentaje de esos casos, se trata de lúes.

La Secretaría de Salud Pública de la Nación está preparando ya el nuevo modelo de certificado de defunción, con vistas a la estadística, el que irá acompañado del certificado confidencial para toda la República, tal como se aplica en Suiza, Australia, Canadá, Estados Unidos, etc., y que permite desglosar los datos civiles, útiles e indispensables a la acción legal, de los datos puramente científicos y de interés médico social y estadístico.

Lo que interesa a la autoridad sanitaria es conocer la causa real de la muerte y ello sólo lo averiguaremos por el nuevo sistema que propiciamos, que debería adoptarse por ley o bien incorporarse al Código Sanitario que está en preparación.

Es importante destacar que la enfermedad específica es uno de los riesgos de muerte que más preocupa a la medicina del seguro. La Compañía Metropolitana de Nueva York registra 44.480 muertes por lúes, entendiendo por tales las formas terciarias, tabes y parálisis general. De la estadística, por cierto minuciosa de esa Compañía, resulta que la mortalidad anual por lúes es de 13,7 por 100.000 de la población asegurada.

A pesar de que los coeficientes de mortalidad por lúes son menores de lo que deben ser en realidad, la enfermedad ocupa el lugar N.º 11 en las tablas de mortalidad.

De las estadísticas de las compañías de seguro de vida y de sus índices, aplicados a la Argentina, resulta que en nuestro país debemos tener unos 700.000 luéticos entre la población aparentemente normal, lo cual representa un luético por cada diez adultos, y ya dijimos que el número de casos nuevos, que aumentan anualmente esa cifra, llega a 40.000. Nuestra situación es muy parecida a la de Estados Unidos; por eso los datos estadísticos son hasta cierto punto superponible. De ahí que los mencionemos repetidamente.

No es aventurado afirmar que el día en que se puedan «sincerar» nuestras estadísticas, mediante el certificado etiológico,

se tendrá la demostración objetiva y terminante de la magnitud del problema sanitario que significa la lúes para el país.

En las cifras de los seguros de vida, se advierte que el índice de morbilidad por lúes es mayor en las edades media y adulta, a pesar de que la infección primaria se adquiere casi siempre en plena juventud. Esta enfermedad produce una invalidez precoz, alrededor de los 30 años, por lesiones cardiovasculares y el índice de mortalidad crece progresivamente a medida que avanzamos en el curso de la vida, sobre todo por localizaciones en el sistema nervioso.

La guerra de 1918 permitió inesperadamente a los Estados Unidos, realizar con sus tropas un experimento profiláctico en gran escala, pues se desarrollaron contralores, tratamientos y educación sanitaria antivenérea entre los combatientes en forma tan intensiva que, al final de la guerra, se había obtenido resultados sorprendentes, que permiten asegurar que las enfermedades venéreas pueden eliminarse totalmente reduciendo la morbilidad a cifras despreciables. Por eso no es una utopía que pretendamos que, con un plan sanitario bien aplicado, en nuestro país, las enfermedades venéreas desaparezcan como desapareció la viruela.

La Compañía Metropolitana de Seguros de Vida de Nueva York —que reúne 18 millones de asegurados— desde 1911 a 1935 ha logrado bajar el índice de mortalidad del 21 al 11 por 100.000 para los hombres y del 7 al 4 por 100.000 para las mujeres, es decir, un descenso de alrededor de un 50 % para el sexo masculino y 45 % para el femenino. Toda esa obra admirable se realizó mediante una campaña constante de educación sanitaria, tendiente a orientar correctamente el tratamiento médico de los asegurados. Este dato demuestra la eficacia del procedimiento, sobre todo, si recordamos que la ley de profilaxis de Estados Unidos fué votada recién en 1938, después de la nuestra, que es de 1936, es decir, con posterioridad a la acción de las compañías de seguros.

El examen de las curvas biométricas, correspondiente a las edades de infección, pone en evidencia el hecho de que la mayor parte de las nuevas infecciones corresponde a los hombres de 24 años y a las mujeres de 22, con lo que se demuestra que el componente principal en el contagio es la inexperiencia juvenil, de donde surge la gran importancia de la enseñanza en la pubertad para advertirles de este peligro que hace caer en sus garras a 6 muchachos de cada mil entre los 20 y 24 años y 3 niñas entre los 15 y 19 años. Aun cuando las curvas demuestran que el peligro se mantiene en el curso de la vida de ambos sexos —en las mujeres hasta los

50, en los hombres hasta los 60— es evidente que, después de los 25 años, el número de víctimas desciende en forma vertical, debido no por cierto a la menor exposición al riesgo, sino a la mayor sabiduría con que se lo afronta.

Para la higiene es un problema de gran significación aquel grupo de enfermos sin antecedentes de contagio, que jamás han tenido una lesión primaria y que, sin embargo, presentan manifestaciones tardías de la enfermedad. El hecho es muy común, casi perogrullesco para los médicos generales, pero está probado que en el 50 % de los casos, en los hombres, y en el 30 % de las mujeres con lúes comprobadas serológicamente, no recuerdan el antecedente de la primo-infección. Estas «lúes acéfalas» imponen el contralor serológico prmanentes de las colectividades.

A nuestro juicio, los médicos debemos propiciar el catastro del líquido céfalo-raquídeo en forma sistemática, al menor padecimiento rebelde del sistema nervioso. Sobre 200 casos con reacción positiva en el líquido céfalo-raquídeo, 53 niegan haber tenido lesión primaria, es decir, estamos frente a una situación especial que para llamarla de alguna manera la calificamos de «lúes acéfalas».

Las formas latentes de la enfermedad comprenden alrededor del 35 por % de los casos, es decir, que de 100 específicos, 30 llevan en su entraña un mal oculto e ignorado por el mismo enfermo y que lo arrastrará fatalmente a la invalidez, por vía de las lesiones del corazón y arterias (10 %), afecciones del sistema nervioso a forma parética (5 %), tabes (5 %), lesiones meningo-medulares difusas (15 %).

El catastro serológico en los grupos sociales prueba que de cada mil personas aparecen los siguientes casos de positividad:

| | | |
|---|---|---|
| Estudiantes universitarios .......... | 1 | o/oo |
| Obreros industriales .............. | 6 | » |
| Bancos de Sangre ................ | 8 | » |
| Exámenes prenupciales ............. | 12 | » |
| Peones rurales .................... | 23 | » |
| Mendigos callejeros ............... | 110 | » |
| Empleados ferroviarios ........... | 117 | » |
| Presos ......................... | 240 | » |
| Prostitutas ..................... | 600 | » |

A menudo se confunden los alcances y fines de la higiene propiamente dicha con los propósitos objetivos de la medicina preventiva. Precisamente el caso particular de la lúe nos ofrece la oportunidad de fijar ambos conceptos, insistiendo en el objetivo social de la higiene y en los fines individuales de la medicina preventiva. Mien-

tras un luético puede contagiar, su caso pertenece a la higiene; cuando deja de ser contagioso, ya no es un caso de higiene para entrar en el dominio de la medicina preventiva. Todo caso de higiene lleva implícito un problema de medicina preventiva, porque no es posible, sino por un esfuerzo dialético -y por ende artificioso- separar las enfermedades, como concepto, del hecho material del enfermo.

Aun cuando el enfermo latente o ignorado deja de ser una fuente de contagio para sus semejantes, implica para la víctima un tremendo riesgo, porque al no asignarle esta importancia o ignorarlo, se descuida, lo que es más grave en sus consecuencias, y resulta ello tanto más grave cuando más engañoso es su aparente estado de salud.

La medicina preventiva es sólo una parte de la higiene; es una forma de la higiene individual, puesto que su tarea se organiza sobre resortes y situaciones vitales del hombre como unidad, mientras que la higiene «latu sensu» se dirige a la sociedad tomada en conjunto. Ambos, individuos y sociedad, son problemas del higienista, pero el factor individual es problema exclusivo de la medicina preventiva.

La lúes, a pesar de ser una enfermedad infecciosa, no siempre es contagiosa y todas las enfermedades que tienen esta modalidad plantean dos problemas para la higiene: uno, la acción sobre los individuos y otro, la acción sobre la colectividad. La enfermedad específica dura en su evolución muchos años, pero no es contagiosa, como es sabido, sino al comienzo, que es cuando debe actuarse con el mayor criterio de defensa de la sociedad. De allí la importancia de que los consultorios externos cuenten con médicos capaces de pensar socialmente y extender su acción hacia el núcleo familiar, tomando con energía y eficacia todas las medidas para que nadie que sea capaz de contagiar, pueda trasmitir su mal a otras personas.

Toda medida de profilaxis social, por enérgica que parezca está justificada porque, *son los menos los que están en condiciones de perjudicar a los demás*. En nombre de la colectividad, es indispensable que la lúes -enfermedad universal- sea totalmente extirpada como plaga del género humano. Ello es posible si los países más adelantados disponen de las organizaciones técnicas, puesto que sabemos perfectamente, los médicos, cómo tenemos que actuar.

La lúes debe y puede desaparecer, como desapareció la lepra en la Edad Media con sólo imponer el aislamiento obligatorio, en aquellos 15.000 leprosarios que organizó la Orden de San Lázaro. Con los recursos actuales, que nos brindan la civilización y el progreso, la lucha contra el «morbus venéreo» es mucho más fácil que

la afrontada en la maravillosa Edad Media por los abnegados sacerdotes de San Lázaro.

No creemos que la responsabilidad que han tomado a su cargo los especialistas de la piel, al anexarse como cosa propia el estudio y tratamiento de la lúes, sea inconveniente desde el punto de vista de la higiene; la consideramos una ventaja, puesto que el conocimiento perfecto de las formas externas y floridas es el instrumento de lucha, ya que descubre a las lúes en su período de máxima contagiosidad. Este criterio no es incompatible con la venereología, nueva especialidad en la que convergen los conocimientos más diversos de la Dermatología, Urología, Clínica, Neurología, Medicina Legal, Higiene y hasta de Psiquiatría, abriéndose así un horizonte nuevo dentro de la medicina social, que no puede ser afrontado exclusivamente por los dermatólogos, dada la índole tan circunscripta de sus estudios y métodos de trabajo.

La ley 12.331, promulgada el 30 de diciembre de 1936, dentro de pocos días cumplirá diez años de aplicación y experiencia. Las publicaciones de los más avezados especialistas de nuestro país demuestran, terminantemente, que la ley fué eficaz y cumplió su objetivo hasta el año 1944. En 16 dispensarios, que atendían 3.048 casos nuevos de sífilis en 1932, se comprobó que en 1943 atendieron sólo 739 casos. La gonorrea bajó en esos mismos establecimientos, de 8.927 a 4.536 casos. Idénticos resultados se obtuvieron en otros grupos de dispensarios bien controlados.

Se advierte en el país un ascenso de los índices de morbilidad, tanto que, en algunos dispensarios, es alarmante el número de enfermos casi como antes de la sanción de la Ley 12.331. Uno de los factores ha sido la guerra, que ha limitado nuestro aprovisionamiento de agentes terapéuticos esterilizantes. Este aumento de las venéreas ha originado críticas injustificadas a la ley -que será perfectible-, pero en el fondo, el problema no reside en la ley misma. La ley ha demostrado, en su primera experiencia, sus grandes ventajas, lo cual basta, por ahora, para mantenerla dentro de sus provisiones generales, por otra parte, coincidentes con la experiencia universal, que no ha cambiado en esta materia. Sus fallas pueden remediarse con medidas sociales como las ordenadas por el decreto de Perón N.º 9863 y con cumplir y hacer cumplir la ley, en lo que se refiere al tratamiento obligatorio y ello sólo se consigue disponiendo de dinero suficiente.

Con la implantación del certificado prenupcial se han discutido varios problemas, unos de higiene, otros de derecho y otros morales. El certificado prenupcial no asegura, en absoluto, la posibilidad de evitar la lués en la descendencia, pero con el test serológico, bien aplicado, se evitan los casos potencialmente graves para

los futuros hijos, y en ese sentido, la serología adquiere una enorme trascendencia eugenésica.

Al eximir del examen prenupcial al sexo femenino, se deja de lado una buena parte del problema; pero pueden subsanarse las razones de índole moral exigiendo solamente el certificado serológico prenupcial, también a las mujeres. No hay razón para no hacerlo.

El certificado prenupcial tiene un sentido psicológico y educativo muy importante. Frente a un acto trascendental como es el matrimonio, los contrayentes perciben por primera vez su responsabilidad física ante la sociedad. Es conveniente -con medidas oportunas- acentuar esa responsabilidad sanitaria de los futuros cónyuges con el propósito de crear una conciencia eugenésica en bien de la raza, es decir, en bien de la Patria.

Entre todos los países de la tierra, Dinamarca es un ejemplo de eficacia en la lucha antivenérea. En el año 1874 se dispuso que las enfermedades venéreas debían ser declaradas obligatoriamente y se estableció, también, el tratamiento compulsivo por el poder público. En la Argentina, recién este año, por el decreto 9.863, se implantó la denuncia obligatoria, completando así el principio de la ley 12.331 del tratamiento obligatorio. En 1919 se registraron en Dinamarca 2.889 casos de lúes; se extremaron las medidas y en el año 1933, el número de casos nuevos se redujo a la ínfima cantidad de 181 enfermos. Al comenzar la guerra, la lúe había desaparecido por completo en Dinamarca, registrándose sólo casos esporádicos.

Tanto nosotros como Estados Unidos, tenemos todavía 300 casos por cada 100.000 habitantes, y es muy probable que si no procedemos como en Dinamarca, con una gran campaña de profilaxis social, el problema seguirá latente y sin resolución. Naturalmente, Dinamarca tiene una población de gran nivel cultural, homogénea y disciplinada, lo que facilita enormemente la tarea y no podemos compararnos totalmente con ellos en este aspecto.

En Suecia, la legislación se remonta al año 1817, época en que se impuso la denuncia y tratamiento libre de los luéticos. En 1918 la legislación sueca se perfeccionó, haciéndola más compulsiva y punitiva; se extendió su acción sobre el tratamiento obligatorio de las embarazadas y de los presos, sancionándose penas severísimas para el contagio venéreo; al mismo tiempo, se organizó la enseñanza y educación de los médicos y de la población. Estas disposiciones hicieron descender en Suecia en un 50% los casos de infecciones y hoy puede Suecia presentarse como otro ejemplo, pues sólo tiene 7 casos de lúes por cada 100.000 habitantes, contra 300 que tienen Estados Unidos o la Argentina.

Lo mismo puede decirse de Noruega que tenía 360 casos de lúes por 100.000 de población en 1919 y lo redujo a 30 en 1933. Las leyes dictadas en Gran Bretaña en 1919 han permitido, en 1934, descender en un 50% el número de enfermos. Rusia tenía un índice de 388 por 10.000 de población, es decir 3.887 por 100.000, en el año 1914, y lo redujo a 75 casos por 10.000 en el año 1934. En el censo de Alemania en 1927 se señaló un índice de 131 casos por 100.000 de población; en virtud de las medidas profilácticas estos índices se redujeron en un 35% en el año 1934.

No hemos de señalar las características de las organizaciones de lucha antivenérea porque en todas partes del mundo son en más o en menos las mismas. El balance de los resultados obtenidos es suficiente para prestigiar los esfuerzos médicos; fundaremos en esa experiencia la profilaxis antivenérea de nuestro país.

Muchos son los esquemas del tratamiento y cambian continuamente con los nuevos aportes de la terapéutica. Todas las normas están destinadas a actuar sobre el factor enfermo, que, a menudo, ignora la gravedad de su mal, más o menos latente. Los tratamientos realizados sin discernimiento, en su calidad o en su cantidad, aplicados por médicos de buena voluntad que no tienen otra guía que su intuición o el neurosismo de sus pacientes, son sumamente peligrosos.

Es importante convencer al médico general de que los tratamientos intensivos sin un control serológico periódico, son de mayor gravedad que la enfermedad misma, por el traumatismo químico que produce en los emuntorios. Este hecho lo tienen bien vigilado las compañías de seguros de vida porque han comprobado sobre un total de 44.000 casos (Medical Imparment Study) que quienes han hecho un mal tratamiento tienen un riesgo mayor que las personas normales que excede del 140%. En cambio los que han hecho un tratamiento excesivo su riesgo mortal es de 150%. En estos casos es peor el remedio que la enfermedad. Como principio general debe decirse que todo tratamiento antivenéreo hecho sin discernimiento, es, a la larga, contrario a la salud.

En los países en los cuales el contralor de la prostitución es muy severo, la estadística demuestra que aquella es la fuente más común del contagio. Sobre un total de 971 casos primarios investigados por el Departamento de Higiene de la Ciudad de Nueva York, el 68 % reconocían ese origen, y en el 22 % procedían de «amistades ocasionales» que por su naturaleza pueden ser asimiladas a la causa anterior. Si este concepto se pudiera difundir entre la masa popular, sería fácil dominar las causas primarias de contagio en el 89% de los casos; el 11% de causas ocasionales o de ignorancia que son los restantes, se pueden clasificar como verdaderos riesgos, hasta cierto punto inevitables.

Desde el punto de vista epidemiológico, no existe una enfermedad más benigna que la venérea, desde el momento que nos brinda una chance contra nueve para eludir el contagio.

Es conveniente efectuar periódicamente, un balance de los elementos sanitarios de que disponemos a fin de que nuestra continua demanda a la Nación de elementos sanitarios no sea interpretada, fuera de los ambientes científicos, como una mentalidad derrotista y dispuesta a criticar la obra de las generaciones anteriores.

Contamos con 11.807 médicos en ejercicio activo de la profesión; tenemos 66.979 camas hospitalarias de las cuales 43.371 corresponden a servicios generales y 23.608 a servicios especializados. En el total de servicios sanitarios, existen 709 consultorios y dispensarios especialmente destinados a la lucha contra las enfermedades venéreas.

Por mucho que sea nuestro déficit, es evidente que contamos con una buena cantidad que, si las dotamos ampliamente, y les imprimimos un ritmo de trabajo uniforme, en cuanto a los procedimientos, podemos emprender con éxito una acción inmediata, sin perjuicio de las ampliaciones proyectadas en el Plan Quinquenal, como es, por ejemplo, el Instituto de Higiene Social con carácter de venereocomio.

La frecuencia de lesiones mucosas en aparente estado de salud, obliga a difundir en nuestro pueblo algunos conceptos de profilaxis que pueden explicarnos muchas de esas lúes acéfalas tan comunes en nuestro país y que, a menudo, es cargada a cuenta de brotes hereditarios tardíos no existentes. Por simples que sean algunos de estos conceptos, se impone enunciarlos para que ellos trasciendan a la opinión pública.

Por ejemplo, es una costumbre peligrosísima la de convidar con mate al primer llegado —tan común en nuestros ambientes modestos— y que si bien es una expresión de amistad y cortesía, desde el punto de vista de la higiene, debe ser seriamente censurada. Otro peligro reside en aceptar los servicios de una nodriza sin conocer sus antecedentes médicos o viceversa, amamantar un infante sin que el médico intervenga previamente para reconocer al niño y a los padres.

La transmisión de la sífilis de un enfermo a un sano puede ser prevenida de tres maneras:

1º—Evitando los riesgos de contagio;

2º—Si se ha tenido un contacto sospechoso, neutralizando la infección en las primeras horas;

3º—Convirtiendo al enfermo en no infeccioso.

La más antigua, y en cierta manera la medida más eficaz de profilaxis venérea, es el control de los contactos extra maritales. Las medidas de orden educativo y, en especial, la continencia moral, así como el desarrollo de altos ideales en materia de conducta sexual, es suficiente para evitar un alto por ciento de contagios.

El mayor conocimiento de las fuentes de infección y de su mecanismo psico-sexual, permite abordar la profiláxis entre la juventud en la cual no hay aún el discernimiento necesario para distinguir lo bueno de lo malo. Es eficaz también inculcar a los infectados el concepto moral de *no difundir el contagio,* y si ello no entrara en la población no hay más remedio que aplicar las leyes penales en la materia. Sobre un grupo de 300 hombres infectados, a los cuales se les hizo una encuesta, se encontró que muy pocos tenían la conciencia exacta del peligro que entrañaba para sus semejantes y aun para su propia familia. Debemos transformar nuestros dispensarios en centros de conciencia sanitaria y de educación sanitaria, a fin de que a los enfermos no sólo se les den inyecciones de bismuto o de mercurio, sino también inyecciones de buena fe, conciencia y optimismo.

La higiene enseña que *ninguno de los procedimientos que el pueblo utiliza como medidas de seguridad para preservarse del contagio, representa un 100 % de eficacia*: en los medios militares, que es donde estos controles han podido ser mejor aplicados, no se obtiene un resultado constante. El problema no reside en valorar en un tanto por ciento los resultados de cada método de profilaxis. Lo mejor es enseñar que *con todos esos procedimientos, el peligro no queda de lado* y difundir el concepto de la restricción moral. No excluímos de esta crítica los métodos llamados de profilaxis química, cuyo peligro estriba en la seguridad con que los fundamentan sus propiciadores, pues es bien sabido que los mejores preparados son ineficaces si se aplican después de la sexta hora del contacto.

Para la sanidad, en cambio, es de gran importancia la rápida *esterilización de los contagiosos,* y en este sentido la civilización debe a los preparados arsenicales el milagro de reducir un caso de Higiene, en un simple caso de Medicina Preventiva. La lúes deja así de ser un *problema sanitario y social,* para transformarse en un problema *médico e individual.* Si en algún período de la enfermedad corresponde dictar normas tipificadas, es en el tratamiento del período de infección, es decir, en el primario. Hasta la reciente era de la penicilina, el 93 % de los casos dejaba de ser contagioso con la sola aplicación de unas dosis de arsenicales y de bismuto.

Actualmente, con el arsenal terapéutico moderno, sólo nos queda por realizar la policía de focos y aplicar el principio de que «*la*

*lucha contra la enfermedad no debe degenerar en la lucha contra el enfermo, sino contra el enfermante»*. Todos los sistemas de control que tiendan a coartar la libertad individual más allá del punto que conviene al interés público, convierten la sanidad en un elemento de odio en lugar de ser un amable consejero del bien público.

Vivimos un momento revolucionario en cuanto a los procedimientos de profilaxis social y aun no podemos prever las consecuencias de la aparición de la penicilina como arma de extraordinario poder.

Hasta hace poco la *«Cuarentena del salvarsán»*, que consistía en esterilizar al portador de una lesión primaria en el período infectante, era la última palabra en la materia. Son muy recientes las experiencias del Mounth Sinai Hospital, de Nueva York, sobre 300 casos internados durante seis días para inyectarles, gota a gota, un compuesto arsenical con lo cual obtenían de entrada una esterilización magna que se mantenía meses y aun años después. La posibilidad de que la penicilina y las sulfamidas permitan esterilizar con menos tiempo y riesgo, debe movernos a difundir en toda la República los medios médicos y farmacéuticos necesarios para que la terapéutica esterilizadora se haga a cuenta del Estado y en forma compulsiva. Será siempre más económico evitar los 40.000 casos nuevos que se producen anualmente en nuestro país, que esperar a que las normas de la Medicina Preventiva anulen los efectos destructivos del mal en los distintos órganos de la economía. Enunciamos este programa sanitario, cuya trascendencia social queda dicha en la sola presentación demográfica de la lúes.

Todo progreso en el control de las enfermedades venéreas y, en especial de la lúes, debe fundarse sobre la base de una buena preparación de los médicos que van a actuar como técnicos sanitarios. Se ha dicho, y con razón, que el porvenir del específico depende de la sabiduría del primer médico que lo ha examinado. Por eso la Secretaría de Salud Pública de la Nación propiciará los cursos de Venerología, obligación que, por otra parte, la impone el decreto N.° 9.863.

## Ley N.° 12.331

### *Sus Resultados*

Veamos algunas estadísticas e informes, requeridos a distintas reparticiones y dependencias de nuestro país, sobre los diversos problemas originados por la vigencia de la Ley N.° 12.331 (Instituto Argentino de Estudios Legislativos, La Ley N.° 12.331 de profilaxis antivenérea; pág. 25.)

*Ministerio de Guerra*: Ministro, General Tonazzi, Director de Sanidad: Dr. G. Ruzo.

1.°) Sobre las dificultades originadas en los lugares donde existe concentración de tropas, especialmente en los territorios del Sur, por la aplicación de los artículos 15 y 17 de la Ley N.° 12.331, que prohibe el establecimiento de casas o locales donde se ejerza la prostitución, contesta:

«La disposición imperativa de estos artículos fomenta el desarrollo, en especial en las provincias del interior y en las gobernaciones, de las casas clandestinas, que escapan por tal motivo a todo contralor sanitario. Esto determina, como consecuencia, el recrudecimiento de innumerables focos infecciosos entre la poblacion civil, a cuyo seno concurre el conscripto en sus salidas de franco».

2.°) Sobre las estadísticas de morbilidad venérea en el ejército, con relación a cada una de las cuatro enfermedades de dicha clase: sífilis, blenorragia, chancro blando y granuloma venéreo y la medida aproximada en que puede haber influído en esas cifras el adelanto de la terapéutica moderna, informa: «que la morbilidad venérea en el medio militar revela en los últimos años un franco descenso; pero que ese descenso no obedece a la aplicación de los artículos 15 y 17 de la Ley N.° 12.331 que fomenta el desarrollo de la prostitución clandestina y por ende, el de las enfermedades venéreas, sino a la propaganda profiláctica realizada por los médicos militares entre las tropas por medio de conferencias ilustradas con proyecciones cinematográficas, así como a las rigurosas precauciones para evitar contagios, adoptadas por los conscriptos durante sus licencias, según instrucciones precisas impartidas por la Dirección General de Sanidad».

| Años | 1934 | 1935 | 1936 | 1937 | 1938 | 1939 | 1940 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cifras absolutas . | 1.801 | 1.603 | 1.449 | 1.258 | 979 | 902 | 694 |
| Cifras proporc., ‰ | 53.57 | 52.99 | 44.84 | 33.84 | 24.94 | 21.50 | 15.82 |

| AÑOS | Blenorragia | | Sífilis | | Chancro blando | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total | ‰ | Total | ‰ | Total | ‰ |
| 1936 | 1.143 | 34.99 | 188 | 5.81 | 118 | 3.65 |
| 1937 | 1.071 | 28.65 | 134 | 3.58 | 53 | 1.41 |
| 1938 | 824 | 20.99 | 111 | 2.82 | 44 | 1.12 |
| 1939 | 806 | 19.21 | 82 | 1.95 | 14 | 0.33 |
| 1940 | 624 | 14.23 | 60 | 1.36 | 10 | 0.22 |

*Departamento Nacional de Higiene:* Director de la Sección Dermatovenereológica: Dr. J. J. Puente.

En la primera parte del informe dice que la Ley N.° 12.331, tuvo comienzo real de ejecución en el año 1938, excepto en lo referente al certificado prenupcial, y termina señalando el número de dispensarios creados.

La segunda parte se refiere a educación sanitaria; la tercera a certificado prenupcial; en la cuarta señala que no se registra desde la vigencia de la Ley ninguna variación apreciable en el número de matrimonios realizados en el país, ni en el de nacimientos de hijos ilegítimos, que puede ser atribuíble a la exigencia del certificado prenupcial. Adjunta dos cuadros.

En la quinta parte habla de las ventajas del régimen abolicionista, puesto que conceptúa la disminución global del contacto sexual y, como consecuencia, las posibilidades de infección. Defiende la clausura de los prostíbulos, al suprimir focos de contagio venéreo, perversión moral y fuente de delincuencia.

Hace notar, en la sexta parte, que los delitos contra la honestidad no aumentaron y, por último, en la séptima parte, dice que la morbilidad venérea declinó en todo el país y atribuye ese fenómeno, «no sólo a las mejoras terapéuticas, sino también a la abolición de prostíbulos y al mejoramiento de las medidas de profilaxis individual». Hay dos estadísticas.

*Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires*: Director de Profilaxis Venérea de la Asistencia Pública: Dr. José A. Quintana.

La estadística refleja un franco descenso; traemos solamente la que se refiere al total de enfermos, sin clasificarlos por enfermedad:

| | 1934 | 1935 | 1936 | 1937 | 1938 | 1939 | 1940 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Total de enfermos de 1ra. vez | 14.978 | 13.668 | 11.709 | 11.161 | 9.979 | 8.938 | 8.775 |

*Policía de la Capital Federal*: Jefe: General Sabalain.

Señala la dificultad de aplicación de la Ley a las prostitutas que se reunen en cafés, cabarets, etc. y a la hospitalización forzosa. Acerca de las detenidas en el Asilo San Miguel, por incitar al libertinaje en la vía pública, sobre 50 se encontraban enfermas 46.

*Dirección General de Higiene de la Provincia de Buenos Aires*:

Informa con respecto a la morbilidad venérea un decrecimiento. De la Provincia de Córdoba, desde la sanción de la Ley N.° 12.331, un aumento de la prostitución clandestina; en la de Entre Ríos, no hubo variación notable. Del Consejo de Higiene de Jujuy, se informa que en el quinquenio posterior a la vigencia de la Ley, han aumentado los casos nuevos de enfermos venéreos. De la Provincia de Salta, dicen que la prostitución clandestina se practica en gran escala. Se advierte una notable declinación en la morbilidad venérea. De la Provincia de San Juan: la prostitución se ejerce en forma clandestina en el radio urbano, pero en la mayoría de las poblaciones del interior continúan abiertos los prostíbulos. Se advierten

períodos de repunte de estas enfermedades en épocas electorales, probablemente por la apertura de prostíbulos no autorizados y al margen de la Ley N.° 12.331.

De la Provincia de Santa Fe: han sufrido declinación los casos nuevos.

*Instituto Antiluético de Tucumán:* Director: Dr. Navarro, dice:

1.°) Hay disminución de enfermos de sífilis inicial que puede ser aparente por cuanto los enfermos, para evitar los inconvenientes derivados de la Ley, recurren a la atención de los curanderos.

2.°) El clandestinismo se mantiene en auge.

3.°) Es preferible la casa de prostitución a la prostitución libre.

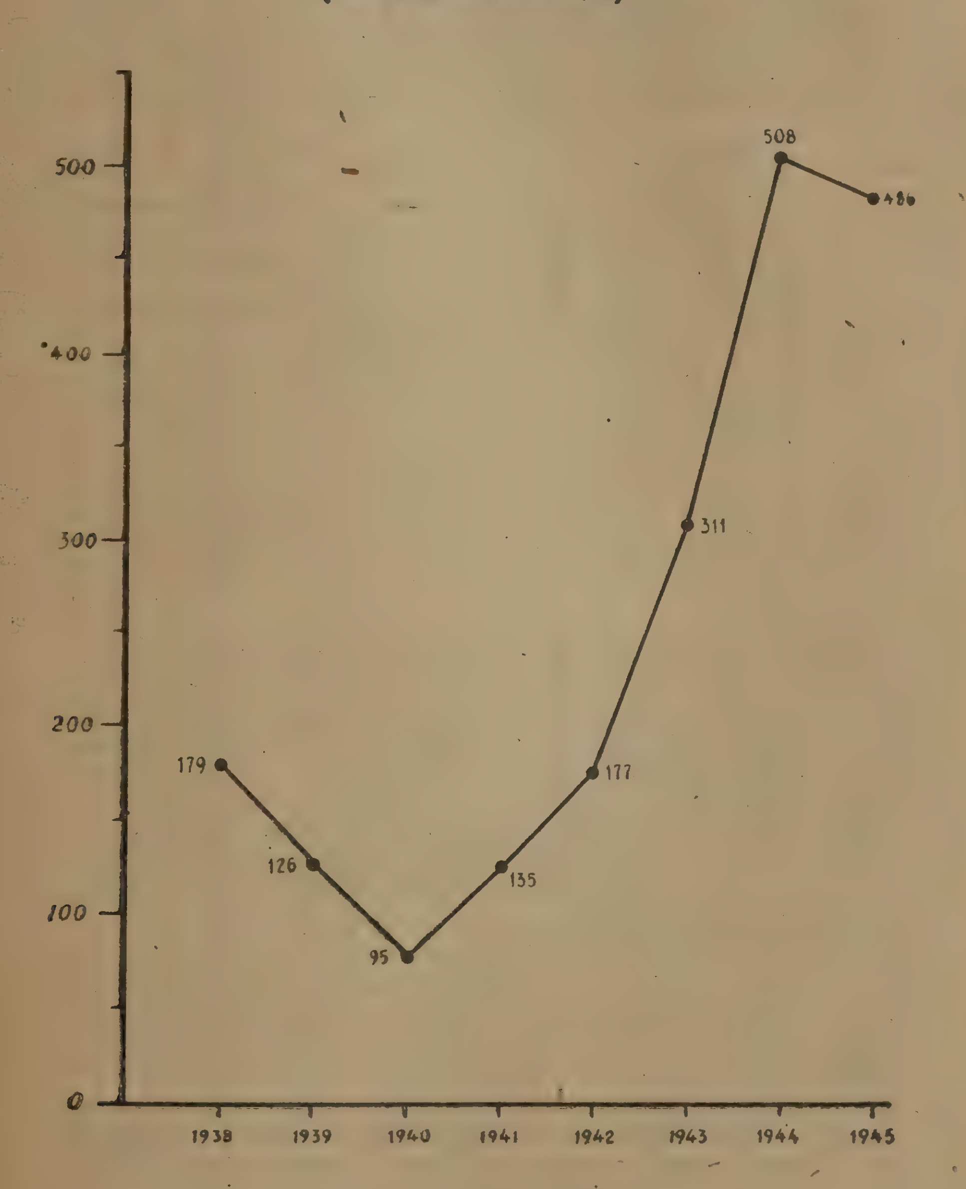
4.°) En la precitada provincia, no obstante la intensa propaganda profiláctica y la tenaz lucha curativa, la sífilis ha acrecentado sus cifras con posterioridad a la Ley N.° 12.331. Durante el año 1940, sobre 385 hombres fichados, había 193 enfermos de sífilis inicial, o sea un porcentaje del 50 %. En 1941, sobre 645 fichados, hay 394 enfermos, es decir, el 61 %.

5.°) La supresión de la prostitución reglamentada en Tucumán no ha proporcionado ningún beneficio y, por el contrario, ha sido la causa del recrudecimiento de la lúe. Afirma que la prostitución debidamente controlada es indispensable como medida de carácter profiláctico en la lucha antivenérea.

Se acompaña un gráfico donde puede apreciarse la disminución de enfermos sifilíticos a partir del año 1932 (antes de la aplicación de la Ley), descenso que se acentúa hasta 1941 y, en 1942 comienza un repunte, cada vez más manifiesto, hasta 1944 (Gráfico obtenido con los enfermos atendidos en los Dispensarios Municipales de la Capital Federal).

**ENFERMOS ATENDIDOS EN LOS DISPENSARIOS MUNICIPALES DE LA CAPITAL FEDERAL.-**

**(SIFILIS PRIMARIA)**



Por todas las estadísticas e informes que anteceden, observamos una disminución de las enfermedades venéreas hasta el año 1942; a partir de ese año, hay un aumento que se hace más manifiesto a medida que pasan los años.

Veamos la estadística anual de los enfermos de primera vez, atendidos en los Dispensarios Municipales de la Capital Federal, desde el año 1938 hasta 1945 (figura solamente sífilis primaria y, secundaria y blenorragia aguda).

| | 1938 | | 1939 | | 1940 | | 1941 | | 1942 | | 1943 | | 1944 | | 1945 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | H | M | H | M | H | M | H | M | H | M | H | M | H | M | H | M |
| Sífilis primaria. | 179 | 7 | 126 | 1 | 95 | 4 | 135 | 4 | 177 | 3 | 311 | 6 | 508 | 24 | 486 | 27 |
| Sífilis secund. . . | 452 | 196 | 163 | 29 | 125 | 13 | 109 | 13 | 120 | 9 | 186 | 32 | 221 | 84 | 398 | 143 |
| Blenorragia aguda | 3.616 | 60 | 3.284 | 55 | 3.199 | 55 | 3.112 | 46 | 3.401 | 59 | 4.128 | 79 | 4.061 | 82 | 5.003 | 116 |

La memoria correspondiente al año 1945 de la Sección Profilaxis Venérea Municipal de la Capital, dice: «Un punto capital sobre el que formulamos nuevo toque de atención, es el recrudecimiento de la sífilis (primaria y secundaria) que se nota en estos últimos años. Este aumento progresivo no pasó desapercibido para esta Dirección, la que justamente alarmada por el hecho, lo puso en conocimiento de esa Dirección General por nota N.° 557 de fecha 18 de diciembre de 1944, en la que a la vez se aconsejaban algunas medidas que estimaba conveniente adoptar».

«Se hace notar que en la sífilis secundaria está incluída la sífilis secundaria reciente y no reciente—, y continúa que, si bien en lo que respecta a sífilis primaria (1945), se ha mantenido con relación al año anterior en un mismo plano, en lo que concierne a sífilis secundaria se observa un mayor número, que al relacionarlo con la nueva discriminación de la sífilis (sífilis secundaria reciente y no reciente), ofrece un marcado ascenso en el período de contagio».

Observemos la siguiente estadística:

SERVICIOS DEPENDIENTES DE LA SECCION VENEREOLOGIA DE LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA

| Enfermedades venéreas . . . . . . | 1934 | 1935 | 1936 | 1937 | 1938 | 1939 | 1940 | 1941 | 1942 | 1943 | 1944 | 1945 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sífilis primaria .. | 672 | 662 | 723 | 582 | 1542 | 1465 | 920 | 721 | 745 | 994 | 925 | 1503 |
| Sífilis secundaria | 1473 | 1488 | 1767 | 1165 | 1329 | 1312 | 1361 | 993 | 925 | 1172 | 963 | 989 |
| Blenorragia aguda | 2340 | 2379 | 2678 | 2513 | 3415 | 3559 | 3128 | 3254 | 3323 | 3439 | 3425 | 3288 |
| Blenorragia crónica | 1227 | 1160 | 1210 | 1148 | 1847 | 1615 | 1509 | 1420 | 1304 | 1400 | 1260 | 1151 |

(X) ENFERMOS DE PRIMERA VEZ EN TODA LA REPUBLICA

| | 1938 | 1939 | 1940 | 1941 | 1942 | 1943 | 1944 | 1945 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sífilis primaria (chancro) .... | 6801 | 6470 | 5048 | 4343 | 4987 | 4537 | 5336 | 6440 |
| Sífilis secundaria ............ | 6479 | 5971 | 5597 | 5079 | 4992 | 6900 | 5994 | 5650 |
| Blenorragia aguda ........... | 25501 | 22770 | 22248 | 23998 | 26263 | 21455 | 21151 | 22784 |
| Blenorragia crónica .......... | 20450 | 14582 | 13405 | 17286 | 20865 | 13797 | 13328 | 11630 |

(x) Incluídas las cifras de los Servicios de la Sección Venereología.

Dicho recrudecimiento, por otra parte, ha sido comprobado por nosotros, los médicos especialistas, y señalado por distintas publicaciones que han llamado la atención al respecto.

La prostitución ha sido considerada la causa de los males venéreos y, sobre todo, la prostitución reglamentada.

Fundada en dicha hipótesis, la Municipalidad de la Capital sancionó una ordenanza, por la cual, a partir del 1.° de enero de 1935 quedaba derogada la que reglamentaba la prostitución. Luego se puso en vigencia, en abril de 1937, la Ley N.° 12.331, prohibiendo en toda la República el establecimiento de casas o locales donde se ejerza la prostitución o se incite a ella.

Sin embargo, por todas las observaciones que anteceden, es fácil comprobar que la Ley N.° 12.331 no ha dado los beneficios profilácticos que se esperaban de ella. La disminución de estas afecciones comenzó mucho antes de sancionarse esta Ley, y, en plena vigencia, vemos (año 1942) que estas enfermedades repuntan. Sobre todo, los informes del Ministerio de Guerra y el de la Provincia de Tucumán, son bien explicativos.

Por ello tenemos derecho a pensar en otras causas ajenas a la Ley N.° 12.331 que hayan determinado, primero, el descenso y, luego, el ascenso de la curva de los contagios. Sin embargo, podemos admitir con la opinión general, que el certificado prenupcial establecido por la citada Ley ha influído notablemente en el descenso de la curva.

Entre las otras causas a que aludimos, podemos mencionar la propaganda, la creación de dispensarios antivenéreos, el tratamiento precoz estimulado por la propaganda y facilitado por la multiplicidad de dispensarios, la abundancia de las drogas específicas, muchas de ellas nuevas y más eficaces.

En cambio, puesto que en plena vigencia de la Ley que ha abolido la prostitución reglamentada, se nota el ascenso de la curva de contagio, estamos en condiciones de afirmar que la abolición referida no ejerce mayor influencia en el movimiento de dicha curva.

La guerra, limitando los medicamentos importados; las fallas en la aplicación de la Ley N.° 12.331, originando un aumento del clandestinismo, serían razones de tener presentes en el aumento en los contagios venéreos.

## Denuncia Obligatoria (Decreto de Perón) Reglamentación Ley N. 12.331 — Decreto 9.863 - 9/9/46

Se tiene presente el problema de todos los diseminadores del contagio, cualquiera sea su sexo y condición social, pues interesa más prevenir que curar; de ahí que la denuncia de los casos de las enfermedades venéreas, se impone como una obligación al igual

que las demás enfermedades de denuncia obligatoria. Es natural que dicha denuncia debe conciliarse con la necesidad de guardar el secreto profesional.

1.° APLICACION DEL DECRETO 9863/46

Este decreto tiene gran importancia, puesto que modifica, complementa y perfecciona la reglamentación de la Ley N°. 12.331 y organiza la lucha antivenérea, teniendo en cuenta las nuevas orientaciones aconsejadas por la experiencia en nuestro país y en el extranjero.

2°. DENUNCIA POR EL MEDICO Y POR EL ENFERMO

Todos los médicos privados y oficiales, como toda la autoridad hospitalaria, donde se asisten enfermos, tienen la obligación de denunciar ya por ficha, nota o telegrama a la autoridad sanitaria, los casos venéreos nuevos.

Esta denuncia podrá hacerse reservando el nombre del paciente y reemplazándolo con un número, todo ello bajo la responsabilidad del médico tratante, que debe quedar perfectamente individualizado.

La denuncia deberá contener los siguientes datos: edad, sexo, nacionalidad, ocupación, fecha de comienzo de la enfermedad, con el máximo de detalles y antecedentes sobre la fuente de contagio.

El propio enfermo también tendrá la obligación de decir a su médico tratante, la fuente probable de contagio y en el caso de que se negara, el médico solicitará el servicio de Fiscalización Antivenérea.

3°. SERVICIO DE ESTADISTICA

La estadística es la verdadera guía de las medidas de orden social y a ella debemos atenernos para la prevención social y profiláctica. En este servicio de Estadística está comprendido el:

A) REGISTRO DE HIGIENE SOCIAL, donde se consignen todos los nuevos casos denunciados de enfermedades venéreas que se produzcan en el país, llevándose una ficha completa médico-social, con el nombre o número del enfermo, nombre y apellido del médico denunciante, localidad, fuente de contagio y los demás datos que explícitamente se consignan en la denuncia.

Este registro es de incalculable valor, puesto que al controlar todos los nuevos casos de afecciones venéreas, facilita la curva epidemiológica de estas enfermedades en el país.

A su vez, las autoridades sanitarias provinciales y comunales de los territorios nacionales y de la Municipalidad de la Capital, llevarán también un Registro de

Enfermos Venéreos y elevarán al Registro Nacional de Higiene Social una estadística mensual de los casos producidos.

El Registro Nacional de Higiene Social, llevará un fichero por Provincia y Gobernación, de modo que esté al día en lo que a enfermos venéreos se refiera, indicando los detalles sobre localización, tratamiento, período de enfermedad, etc.

4°. INVESTIGACION DE LA FUENTE DE CONTAGIO

Es de la mayor importancia el hallazgo del agente que contamina. Tarea que debe ser puesta a cargo de los Inspectores Sociales, cuando el médico tratante no puede lograr descubrir a dicho agente.

Los Inspectores Sociales deben obrar con mucho tacto y discreción, puesto que la revelación de la enfermedad puede afectar gravemente al enfermo en sus relaciones sociales.

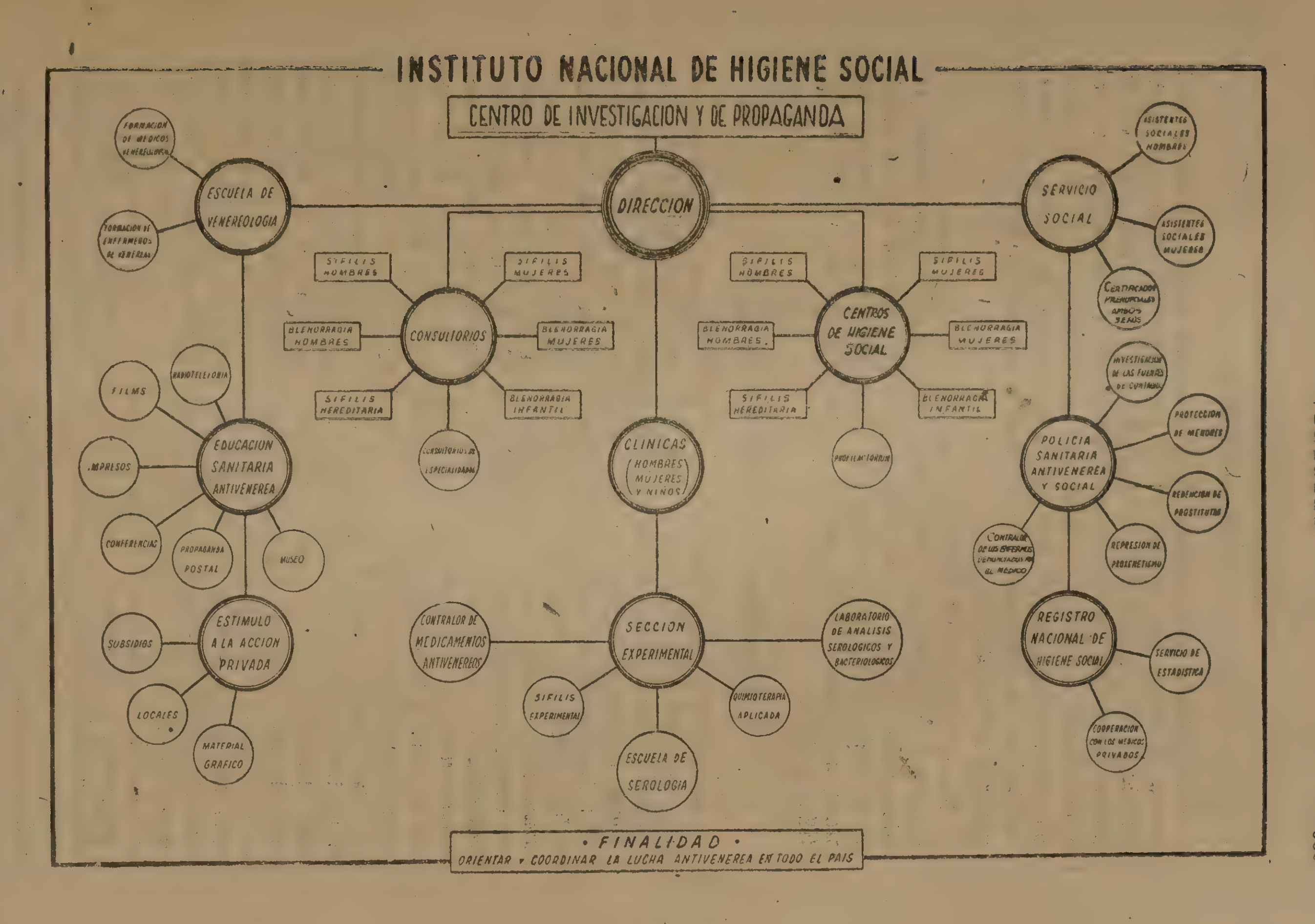
A) Examen obligatorio de contactos y sospechosos: se puede citar y obligar al examen médico a las personas que se sospeche puedan trasmitir una enfermedad venérea y a los probables contaminados. Es de utilidad también el examen familiar, indagando al padre, madre e hijos, función ésta de los Investigadores Sociales, y si creyera conveniente, lo sometería al examen médico.

B) Examen obligatorio de las embarazadas: en coordinación con Maternidad e Infancia, se exigirá serología a todas las mujeres embarazadas, desde los 3 meses de su embarazo y su examen médico total cuando se tenga alguna sospecha. Se controlarán atentamente las maternidades y consultorios de Protección Maternal.

C) Organizar la cooperación de los médicos privados: haciéndoles presente que, en estos problemas de orden social, el secreto profesional es relativo, puesto que la salud pública está interesada en la denuncia de los casos venéreos que se presenten a su asistencia.

## Comité Permanente de Higiene Social formado por miembros de los distintos sectores sociales

Este comité dependerá de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, y será considerado como la más alta representación de la lucha antivenérea. Estará formado por delegados del comercio, industria, obreros, profesiones liberales, instituciones religiosas, instituciones femeninas, etc., de los diferentes sectores sociales.


INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE SOCIAL
CENTRO DE INVESTIGACION Y DE PROPAGANDA
DIRECCION
ESCUELA DE VENEREOLOGIA
FORMACION DE MEDICOS VENEREOLOGOS
FORMACION DE ENFERMEROS DE VENEREAS
CONSULTORIOS
SIFILIS HOMBRES
SIFILIS MUJERES
BLENORRAGIA HOMBRES
BLENORRAGIA MUJERES
SIFILIS HEREDITARIA
BLENORRAGIA INFANTIL
CONSULTORIOS DE ESPECIALIDADES
CENTROS DE HIGIENE SOCIAL
SIFILIS HOMBRES
SIFILIS MUJERES
BLENORRAGIA HOMBRES.
BLENORRAGIA MUJERES
SIFILIS HEREDITARIA
BLENORRAGIA INFANTIL
PROFILACTORIO
SERVICIO SOCIAL
ASISTENTES SOCIALES HOMBRES
ASISTENTES SOCIALES MUJERES
CERTIFICADOS PRENUPCIALES AMBOS SEXOS
EDUCACION SANITARIA ANTIVENEREA
RADIOTELEFONIA
FILMS
IMPRESOS
CONFERENCIAS
PROPAGANDA POSTAL
MUSEO
CLINICAS (HOMBRES MUJERES Y NIÑOS)
POLICIA SANITARIA ANTIVENEREA Y SOCIAL
INVESTIGACION DE LAS FUENTES DE CONTAGIO
PROTECCION DE MENORES
REDENCION DE PROSTITUTAS
REPRESION DE PROXENETISMO
CONTRALOR DE LOS ENFERMOS DENUNCIADOS POR EL MEDICO
ESTIMULO A LA ACCION PRIVADA
SUBSIDIOS
LOCALES
MATERIAL GRAFICO
SECCION EXPERIMENTAL
CONTRALOR DE MEDICAMENTOS ANTIVENEREOS
LABORATORIO DE ANALISIS SEROLOGICOS Y BACTERIOLOGICOS
SIFILIS EXPERIMENTAL
QUIMIOTERAPIA APLICADA
ESCUELA DE SEROLOGIA
REGISTRO NACIONAL DE HIGIENE SOCIAL
SERVICIO DE ESTADISTICA
COOPERACION CON LOS MEDICOS PRIVADOS
• FINALIDAD •
ORIENTAR Y COORDINAR LA LUCHA ANTIVENEREA EN TODO EL PAIS

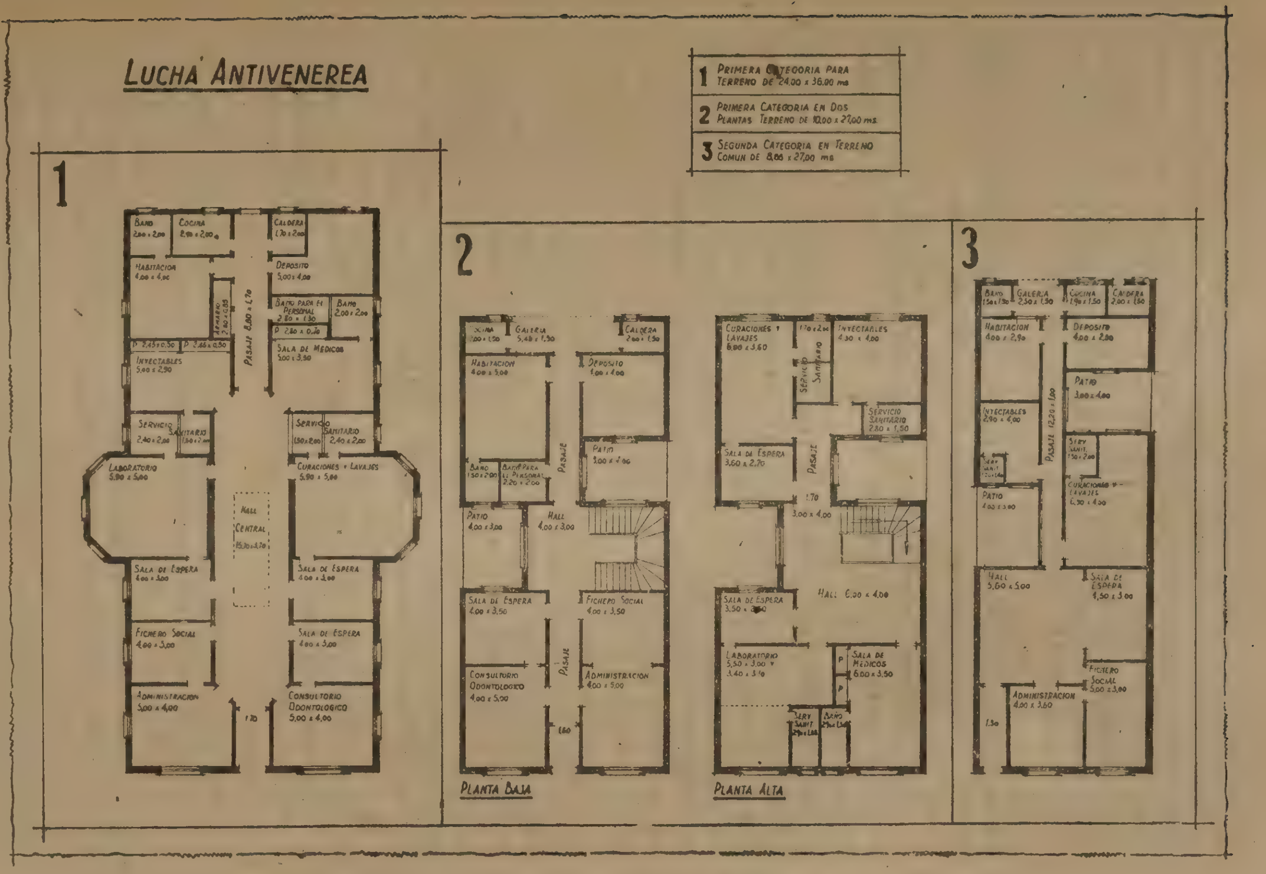
### Instituto de Higiene Social
(DECRETO 9863/46)

El Instituto de Higiene Social creado recientemente por el decreto de Perón con el carácter de venereocomio, tiene por objeto organizar: la internación de enfermos, laboratorios, sede de la Policía Sanitaria Antivenérea, Escuela de Venereología, pudiendo instalarse, además, el Registro de Higiene Social y la Sección Educación Antivenérea; en una palabra, centraliza y coordina todas las funciones de la lucha antivenérea. De todo esto, surge su gran importancia.

En este Instituto se harán los estudios experimentales, referentes a estas afecciones, así como los estudios serológicos, de tratamiento, control de medicamentos, etc., y en un futuro próximo, al reducirse a escaso margen los enfermos de afecciones venéreas, su función será para el tratamiento de los enfermos con sífilis antigua.

### Organización de la lucha antivenérea

Créase, bajo la dependencia de la Secretaría de Salud Pública, la Dirección General a cargo de la lucha antivenérea. La Dirección General de la lucha antivenérea será la sede central de esta lucha, quedando por lo tanto bajo su dirección y control todos los servicios antivenéreos instalados en todo el territorio de la República, dependan o no de la Secretaría de Salud Pública de la Nación. La Dirección General de la lucha antivenérea estará situada en la Capital Federal. En cada capital de Provincia y Gobernación, existirá la sede central de la lucha antivenérea que centralizará y controlará los servicios de la lucha en sus respectivos territorios. La Dirección General de la lucha antivenérea coordinará y controlará toda la organización de esta lucha en todo el territorio de la República. El delegado de la Secretaría de Salud Pública en las Provincias y Territorios nacionales, será el representante directo de la Dirección General de la lucha antivenérea en los respectivos territorios. La Dirección General de la lucha antivenérea, se encargará de todos los problemas de orden técnico, científico y de organización, etc., para la mejor coordinación, funcionamiento y reglamentación de todos los servicios creados y por crearse. Para la designación de cargos de médicos jefes, médicos agregados, laboratoristas y personal auxiliar, deberán tenerse en cuenta la evidente dedicación a la materia y las condiciones de honorabilidad de los candidatos. La Dirección General de la lucha antivenérea deberá estar en íntimo contacto con los servicios sanitarios de las fuerzas armadas, a fin de lograr mayor eficiencia en esta lucha. Los servicios venéreos serán completamente gra-




Planos con la Distribución de los Centros de Higiene Social

tuitos para todos los pacientes. Los gastos que demande la Dirección General a cargo de la lucha antivenérea, se harán en base al presupuesto sanitario de cada provincia y gobernación, pudiendo el Gobierno de la Nación por intermedio de la Secretaría de Salud Pública, aportar una contribución proporcional a los medios de cada región, en forma de subsidios. En igual forma se cumplirá respecto a la Capial Federal.

## Organización y reglamentación de los servicios de la lucha antivenérea denominados Centros de Higiene Social

Los servicios antivenéreos denominados centros de higiene social, estarán estratégicamente ubicados en relación a la densidad de la población.

Se instalará un Centro de Higiene Social por cada 30.000 habitantes en las grandes ciudades y uno en las ciudades hasta 30.000 habitantes. Las pequeñas poblaciones hasta 5.000 habitantes serán visitadas cada 6 meses por un equipo de higiene social (1 médico, 1 enfermero y 1 visitadora social), pudiendo este equipo instalarse pasajeramente (poste de higiene social) si las circunstancias lo exigieran.

Habrá dos tipos de Centro de Higiene Social, de primera y de segunda categoría. El de primera categoría será el que va a tratar alrededor de 50 enfermos en cada sección y constará de una sala para exámenes clínicos, una para inyecciones y otra para consultorio odontológico, un cuarto de curaciones, un gabinete para trabajos de laboratorio y dos salas de espera, para hombres y mujeres, respectivamente. El de segunda categoría, será el que tratará menos de 50 enfermos por sección, constará de una sala de espera, sala para inyecciones y sala para curaciones. Ambos tendrán, además, una habitación para educación antivenérea, ficheros, administración y un depósito, comprendiendo servicios sanitarios.

Los centros de Higiene Social, deberán ser instalados en un lugar que ofrezca las mayores conveniencias y facilidades de acceso, con suficiente amplitud, luz, ventilación y limpieza. El material de estos servicios estará formado por muebles, camillas (lo necesario para un examen clínico), aparato de lavajes, jeringas, laboratorios, fichas, etc., etc. Los de primera categoría: microscopio y heladera eléctrica, etc. El número y los cargos del personal de estos centros estarán de acuerdo a su categoría. En general lo formará el personal técnico: médico jefe, médico agregado, laboratorista; investigadora social y administrador, enfermero, enfermera.

Los centros de Higiene Social permanecerán abiertos, los días y horas fijados por la sede central correspondiente una vez establecido el horario, se dará a conocer por un aviso expuesto en lugar visible.

Serán jefes de estos servicios los médicos escalafonados que más honorabilidad y competencia hayan demostrado en esta especialidad, igualmente el resto del personal técnico, comprendiendo el odontólogo, cuando lo hubiera; en cuanto al administrador, tendrá que tener práctica administrativa; el enfermero o enfermera deberán tener aprobado un curso práctico en enfermedades venéreas. Los investigadores sociales deberán ser graduados en la Escuela de Fiscalización Antivenérea dependiente de la división general a cargo de esta lucha.

Los médicos jefes se harán responsables de cualquier irregularidad del servicio a su cargo y de la falta de coordinación con su sede central. Su concurrencia será diaria, permaneciendo todo el tiempo que duren las actividades principales del mismo, sea por la mañana o por la tarde

Atenderán el despacho de todos los expedientes, carpetas, notas, correspondencia, etc., y todo trámite administrativo del mismo.

Controlarán el libro de firmas y las horas de entrada y salida del personal de servicio.

Enviarán rubricados a la sede central, en fichas especiales, la estadística mensual y anual de las tareas efectuadas por su servicio, así como también denunciarán los casos de contagio, con todos los detalles posibles y diariamente si los hubiere.

Con la coordinación del médico agregado, controlará todas las fichas, planillas, etc. y estudios realizados en los enfermos, como también lo que a medicamentos se refiere.

El Jefe, y todo el personal a sus órdenes que no cumplan con lo establecido en esta reglamentación, serán pasibles de medidas disciplinarias, que podrán ser desde el simple apercibimiento hasta la exoneración.

Laboratoristas (de los servicios que los posean) tendrán las mismas funciones que se documentan para el mismo personal de la sede central.

Médicos agregados. Harán las inyecciones endovenosas y examinarán siguiendo el curso clínico del enfermo, pedirán los análisis que crean conveniente.

Practicantes. Cuando los hubiera, estarán a las órdenes del Jefe del servicio y de los médicos agregados, pudiendo efectuar las inyecciones y examinar los enfermos en ausencia de los médicos.

Los investigadores sociales, llevarán al día el cuaderno de los enfermos, historias clínicas o fichero de los que están en tratamien-

to, de los que están en descanso, de los trasladados y desaparecidos, etc.

Educarán al enfermo, desde el punto de vista de su enfermedad, investigarán la fuente de contagio y enfermos contaminados, citarán y visitarán a los enfermos que no regularicen su tratamiento, harán las estadísticas diarias, mensuales y anuales. Serán un puente entre el médico y el enfermo.

Secretario Administrativo. Se ocupará del inventario y cuidado de muebles, instrumental, así como del aseo e higiene del local del servicio.

Enfermeros y enfermeras, que actúen en estos servicios deberán ser diplomados.

Para la mejor armonía e investigación de las fuentes de contagio y los casos congénitos de sífilis, estos servicios estarán en íntima relación con las maternidades y consultorios de Puericultura, por medio de los médicos e investigadores sociales.

Las funciones de cada dispensario, serán desarrolladas dentro del radio fijado por su sede central.

## ORGANIZACIÓN Y REGLAMENTACIÓN DE LA SEDE CENTRAL DE LA CAPITAL FEDERAL

La dirección general a cargo de la lucha antivenérea, sede central de esta lucha, estará situada en la Capital Federal de la República.

Esta sede central deberá funcionar en un edificio que, con el nombre de «Instituto de Higiene Social», se construirá en lugar estratégico, con dependencias que estén de acuerdo a la actividad que debe desarrollar, siendo sus planos visados por la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

El Instituto de Higiene Social, tendrá las siguientes secciones:

*a)* Propaganda y educación antivenérea.
*b)* Registro de Higiene Sexual.
*c)* Fiscalización antivenérea.
*d)* Laboratorios.
*e)* Museos venereológicos.
*f)* Internamiento de enfermos.
*g)* Droguería. Farmacia. Medicamentos.
*h)* Administración. Biblioteca.
*i)* Consultorio de Odontología.
*j)* Consultorios para las distintas especialidades.

Todos los servicios o secciones que funcionen en el Instituto de Higiene Social, deberán estar equipados con todos los elementos necesarios para su mejor eficiencia.

El Instituto de Higiene Social, tendrá un director, que será el director general de la lucha antivenérea, un subdirector, secretario administrativo y un jefe por cada una de las secciones y consultorios.

El director, el subdirector y los jefes de sección del Instituto de Higiene Social formarán una comisión asesora, que se reunirá una vez por mes o las veces que el director de la lucha crea conveniente.

La comisión asesora estudiará la mejor coordinación total de la lucha, adelanto y modificaciones de orden técnico, contralor y vigilancia de los servicios, estudios sobre presupuestos, financiación y estadística. Enseñanza y preparación del personal. Divulgación científica. Coordinación y colaboración con la sanidad de las fuerzas armadas. Innovación o modificaciones de importancia que convenga introducir en esta lucha, como referente a tratamientos, etc.

Del Director del Instituto de Higiene Social.

*a)* Ejercerá la superintendencia general de todo el personal de la lucha antivenérea y la coordinación de todos los servicios; será el director de la Escuela de Fiscalización Antivenérea.

*b)* Hará cumplir estrictamente todas las disposiciones establecidas en la presente reglamentación y de otras emanadas de la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

*c)* Efectuará visitas periódicas y frecuentes a los servicios para la vigilancia y fiscalización de los mismos.

*d)* Dictará, con el resto del personal técnico, las clases teóricas y prácticas de la Escuela de Investigadores Sociales y de los médicos higienistas (antivenéreos).

*e)* Estudiará los problemas técnicos que se presenten, incorporando todos los progresos que sean factibles. Hará conocer por circulares a los jefes de sección toda modificación o perfeccionamiento.

*f)* Fiscalizará la producción científica y de divulgación que efectúe el personal a sus órdenes, sobre los temas relativos a la lucha.

*g)* Atenderá el despacho de todos los expedientes que se relacionen con la lucha antivenérea.

*h)* Designará entre el personal a sus órdenes, la o las personas que considere más aptas para que tengan a su cargo las distintas secciones y actividades de la sede central. En los servicios lo hará consultando la opinión del jefe de los mismos.

Del Subdirector:

*a)* Reemplazará al Director cuando esté ausente y lo secundará en todas sus funciones.

*b)* Controlará libros y revistas de la Biblioteca, llevando una lista de los mismos.

c) Actuará como auxiliar de curso y encargado de los alumnos de la Escuela de Investigadores Sociales.

*d)* Desempeñará las funciones de Director del Museo de Venereología.

Del Secretario Administrativo:

*a)* Vigilará y controlará la asistencia del personal, informando al Director de toda novedad de orden administrativo, ocurrida en la dependencia.

*b)* Cuidará, en especial, el aseo de las distintas secciones.

*c)* Llevará el control del movimiento de valores y bienes, confeccionará todas las comunicaciones y partes diarios necesarios y llevará el control que requiere la organización administrativa de la dependencia.

*d)* Efectuará el balance de lo recibido y consumido, como así su inspección y control. Medicamentos, etc.

*Sección Internación de Enfermos:* El Instituto de Higiene Social tendrá 3 secciones para internación de enfermos, sobre todo en períodos de contagio.

*a)* Sección para mujeres, con capacidad de 100 camas.

*b)* Sección para hombres, con capacidad de 100 camas.

*c)* Sección para niños, con capacidad de 50 camas.

*d)* Cada una de las salas tendrá un Jefe, designado por concurso y un médico agregado, designado también por concurso, por cada 20 camas, además de dos practicantes por sala.

El médico Jefe tendrá las funciones de los Jefes de servicio y será reemplazado, en su ausencia, por el médico agregado de más antigüedad. Los médicos agregados y practicantes, tendrán por función la que tienen en los distintos servicios hospitalarios.

El Servicio de Guardia de la Sección Internación estará formado por 1 médico de guardia, 1 practicante y 1 enfermero por cada sala; si esta sección de internados estuviera dentro de un hospital, la guardia sería la del hospital.

## LABORATORIO

El laboratorio Central del Instituto de Higiene Social, tendrá a su cargo el estudio bacteriológico y serológico de todas las personas que se le remitan, a los efectos de establecer la naturaleza de su afección venérea.

Para la mayor eficiencia de los exámenes encomendados, se dividirán sus tareas en dos secciones, una, «bacteriológica» y otra, «serológica».

La primera, deberá contar con todos los elementos necesarios para efectuar los análisis directos del material recogido en el laboratorio y del remitido por los profesionales que recaben el diagnóstico de lesiones sospechosas o confirmadas.

Además, estará provisto de una instalación completa para efectuar cultivos e inoculaciones.

En la sección bacteriológica se estudiará la naturaleza de la afección, debiendo informarse a la brevedad posible, ya sea de una blenorragia, como de una sífilis, de ambos sexos.

Le sección serológica, denominada «Organización Central de Serología», contará con todos los elementos necesarios para practicar las reacciones biológicas más importantes que sirven para establecer el diagnóstico de la sífilis.

Esta sección tendrá a su cargo la «standardización» de los métodos y su aplicación uniforme, debiendo elevar a la Secretaría de Salud Pública de la Nación el informe correspondiente a los resultados obtenidos, aconsejando su adopción universal.

De esta sección dependerán los demás «Centros Serológicos» del país, a los fines de asegurar la realización de un máximo de exámenes con la mayor garantía de sus técnicos.

Habiendo resuelto la Secretaría de Salud Pública de la Nación, el envío, sin ningún cargo, de los útiles necesarios para la recolección del material para analizar, será el Laboratorio Central el encargado de su remisión, así como de su recepción, contando para ello con un debido control.

Todo análisis que se practique, estará registrado en un fichero estrictamente reservado, siendo la copia de su informe elevado al Jefe de la Lucha Antivenérea, a los fines que crea necesarios.

El Laboratorio Central, deberá estar a cargo de un médico Jefe, con una pública y manifiesta capacidad en dicha especialidad, estando secundado por dos sub-jefes o encargados de cada sección, también especializados. Además, se debe contar con un idóneo de laboratorio por cada veinte análisis diarios, a los efectos de que sus resultados estén rodeados de la mayor seguridad. En cuanto al personal administrativo y subalterno, estará supeditado a las necesidades de su evolución, importancia, etc.

El Instituto de Higiene Social estará en relación con los hospitales que no posean servicios venéreos, facilitando toda clase de pedidos acerca de esta clase de enfermos.

El Instituto de Higiene Social colaborará con las clínicas, sanatorios y con la población en su domicilio en relación con los enfermos venéreos.

*Sección Educación Antivenérea:* Esta sección se ocupará de todo lo concerniente a propaganda social, profilaxis individual y social. Conferencias en teatros, colegios, fábricas, etc. Propaganda con folletos, afiches relacionados con temas de la especialidad. Museos rodantes, etc., teniendo presente la prevención social.

La sección de Educación Antivenérea tendrá un Jefe médico, designado según sus antecedentes especializados en esta rama de higiene social, y dos ayudantes especializados no médicos.

Registro de Higiene Sexual. Tendrá un médico Jefe, designado según sus antecedentes especializados, y dos ayudantes no médicos especializados, con las siguientes funciones:

*a)* Expedir certificado prenupcial.

*b)* Se encargará del fichero de Provincias y Territorios Nacionales y de la Capital; llevando al día todas las fichas médico-sociales de esta clase de enfermos.

*Droguería y Medicamentos:* Tendrá un farmacéutico Jefe y dos idóneos de Farmacia, designados por antecedentes y se ocupará del control de medicamentos y el expendio de recetas.

*Fiscalización Antivenérea.* Tendrá un médico Jefe designado por sus antecedentes y los Investigadores Sociales. Sus funciones serán investigar las fuentes de contagio, control de tratamiento, educación del enfermo, inspeccionar tratamiento en los consultorios privados, etc.

*Consultorio de Odontología:* Tendrá un Jefe que será un odontólogo designado por antecedentes y tendrá a su cargo los enfermo internados y los externos. En la misma forma los otros consultorios de especialidades.

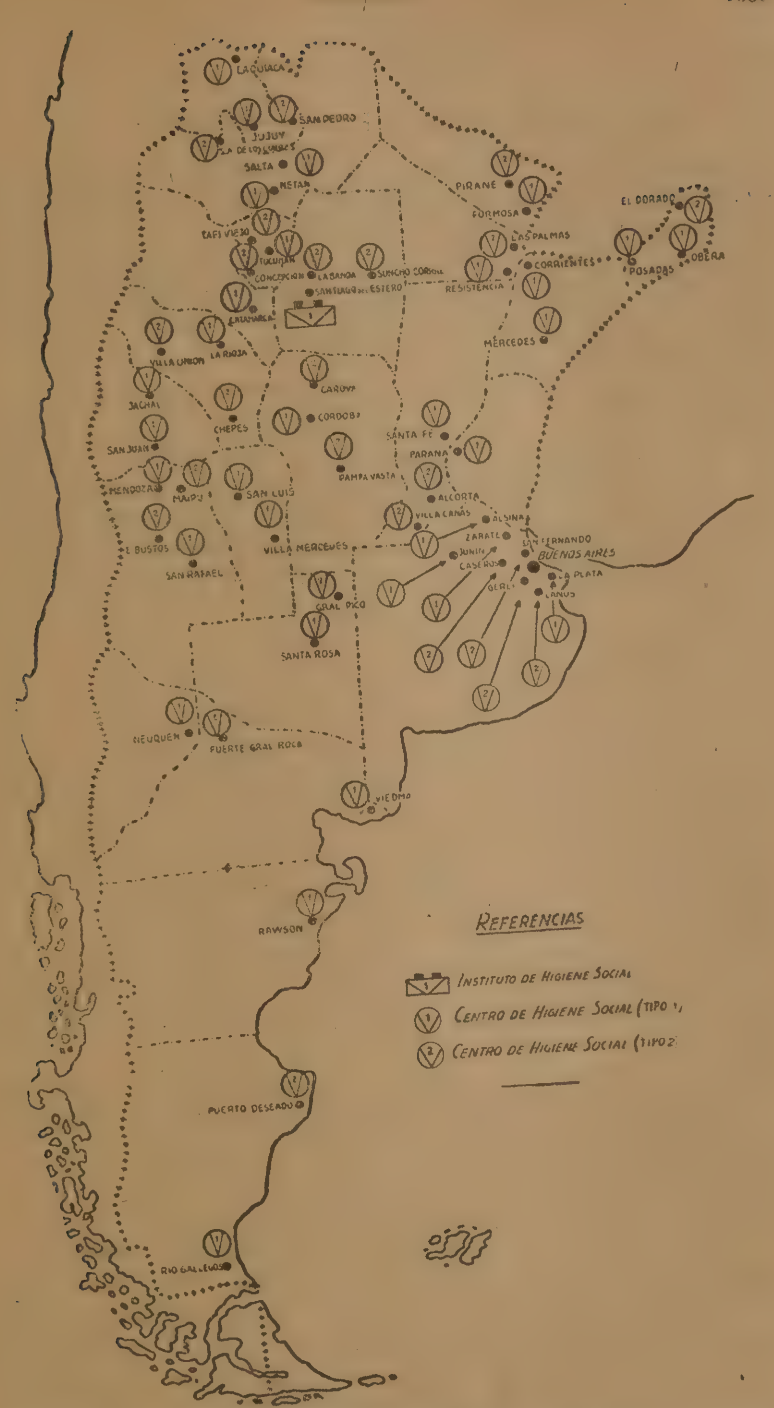
En la ciudad capital de la Provincia de Santiago del Estero y con las mismas funciones que el Instituto de Higiene Social de la Capital Federal, se construirá otro Instituto de Higiene Social.

Este será la sede central de todas las provincias y gobernaciones que fije la sede central de la Capital Federal.

El Instituto de Higiene Social de Santiago del Estero, dependerá del de la Capital Federal.

### SEDE CENTRAL EN PROVINCIAS Y GOBERNACIONES

La sede central, en las provincias y gobernaciones en que no existan Institutos de Higiene Social, será el Centro de Higiene Social de primera categoría, estratégicamente ubicado en la Capital de esos territorios, y elegido por la sede central correspondiente; tendrá ciertas prerrogativas en sus funciones, de acuerdo a la categoría de sede central.




Ubicación de los Centros de Higiene Social a crearse. En la Capital se instalará también otro instituto de Higiene Social con carácter de venéreocomio.

## ESCUELA DE FISCALIZACIÓN ANTIVENÉREA

La escuela de Fiscalización Antivenérea formará personal denominado Investigadores Sociales, para todos los servicios antivenéreos del territorio de la República.

La Escuela funcionará anexa a los Institutos de Higiene Social, siendo su Director el médico Jefe de la Sección Fiscalización Antivenérea, quien será secundado en sus tareas por el personal técnico de la misma.

*Condiciones de ingreso de los alumnos:* Se requiere para su ingreso:

*a*) Ser alumno/a del último año o egresado/a de las diversas escuelas de enfermeros/as o de cualquier otra que posea en sus programas de estudios conocimientos relacionados con la medicina, presentando los certificados respectivos o cualquier otro título o antecedentes que posea.

*b*) Presentar cédula de identidad y certificado de buena salud.

*c)* Puede ser maestro o maestra.

*d)* No tener menos de 25 años de edad ni más de 40.

*e)* La inscripción se hará en marzo, llamándose por los diarios.

*De los alumnos. Sus obligaciones:* Asistir a clases teórico-prácticas en forma regular, firmando en el libro de asistencia. Serán separados de la Escuela cuando tengan una falta por mes en las clases teóricas y 3 en las prácticas. Guardarán el secreto profesional, conducta y moralidad. Serán mujeres y hombres.

*De las clases:* Las clases teórico prácticas se desarrollarán entre el 1.º de mayo y 30 de noviembre. El curso durará este período activo. Las clases prácticas se dictarán entre las 8.15 a las 12.30 horas.

La fiscalización de la enseñanza estará a cargo del Director, quien resolverá con el resto del personal técnico, si el alumno será sometido a una prueba oral.

Todas las secciones del Instituto de Higiene Social, impartirán sus conocimientos respectivos a los alumnos.

La Secretaría de Salud Pública de la Nación otorgará a los alumnos aprobados un diploma que acredite el título que poseen.

La Secretaría de Salud Pública de la Nación exigirá para la designación del cargo de Investigador Social, el título expedido por esta Escuela. En caso de que el número de aspirantes excediera al de las vacantes, se seleccionarán los que mejor clasificación posean.

1.° — EXAMENES SEROLÓGICOS EN GRANDES MASAS

La serología positiva es un síntoma de sífilis; significa la existencia de esta enfermedad y esto quiere decir amenaza de otros síntomas en cualquier momento, tanto más peligrosos cuanto más tardíos. De ahí que debe existir un laboratorio oficial para despistar serológicamente la sífilis en las grandes aglomeraciones y particularmente en fábricas, maternidades, colegios, etc.

2.° — ASEGURAR POR PARTE DE LOS MÉDICOS TRATAMIENTO «STANDARD»

El médico tratante debe ser juez en el tratamiento de los enfermos, pero en lo que a enfermedades venéreas se refiere y, sobre todo de la sífilis, dado el conocimiento que se tienen de la medicación, se puede seguir una conducta terapéutica general que debe conocer todo médico, sobre todo el período de contagio, que es cuando resulta más eficaz este tratamiento «standard» que será difundido entre los profesionales por la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

A) *Combatir el charlatanismo y los avisos de los diarios:* El charlatanismo constituye «la explotación de la credulidad pública en lo que concierne al tratamiento de las enfermedades». Anuncios en los diarios que curan estas afecciones en algunos días y con un solo específico, tratamientos por correspondencia y otras formas de charlatanismo se solucionan con la prohibición de toda clase de anuncios de índole sanitaria.

B) *Asegurar un mínimo de exactitud de los análisis*: Se soluciona por la «standardización» de los métodos de análisis y su aplicación uniforme, aconsejada por la Secretaría de Salud Pública de la Nación, después del estudio del informe correspondiente a los resultados obtenidos.

a) *Organización central de Serología. Su solución.* El Laboratorio Central del Instituto de Higiene Social, tendrá a su cargo el estudio bacteriológico y serológico de todas las personas que se le remitan. La sección serológica se denominará «Organización Central Serológica», contando con todos los elementos necesarios para practicar las reacciones biológicas más importantes que sirven para establecer el diagnóstico de la sífilis.

a'') *Análisis gratuitos*: Todos los análisis serán completamente gratuitos.

b'') *Unificar las técnicas de análisis: La Secretaría* de Salud Pública de la Nación, después del estudio estadístico correspondiente, aconsejará la unificación de métodos de análisis para implantarlo en todos los centros serológicos del país.

### 3.° — PARA EL TRATAMIENTO OBLIGATORIO Y GRATUITO

Los enfermos venéreos presentan, en ciertos períodos, lesiones contagiosas, siendo por consiguiente un peligro social. Este estado peligroso requiere que se imponga a estos enfermos un tratamiento que por ser obligatorio debe ser, al mismo tiempo, gratuito. Esta última parte es de importancia, pues son tratamientos prolongados para impedir recidivas y la mayoría de las veces fuera del alcance de estos enfermos, constituyendo una medida de profilaxis social.

A) *Consultorios:* Los tratamientos pueden ser efectuados en los consultorios en forma ambulante, es decir, sin que el enfermo pierda su ocupación, sobre todo, cuando está en un período no contagioso.

B) *Internados:* Cuando los enfermos están en período contagioso conviene internarlos para el aislamiento y tratamiento forzoso en aquellos casos en que las autoridades sanitarias lo consideren necesario y conveniente hasta que desaparezca este estado.

### 4.° — CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA PROSTITUCIÓN

Solucionarán este problema las investigadoras sociales, tratando por todos los medios a su alcance de luchar contra la prostitución, bajo los siguientes aspectos:

A) *Redención de Prostitutas:* Las investigadoras sociales, al ponerse en contacto con las prostitutas, tratarán su redención moral, sobre todo de las menores.

*a'')* *Reformatorios:* Internarlas en reformatorios para su reeducación moral.

*b'')* *Asilos:* Internarlas en asilos para sacarlas de su ambiente malsano.

B) EVITAR LA INICIACION DE NUEVAS PROSTITUTAS. — Se soluciona en la medida de lo posible con la protección de la mujer. Las organizaciones femeninas pueden ejercer en este campo una acción decisiva en forma indirecta, proporcionando trabajo a las jóvenes necesitadas y con iniciativas sociales que desvíen a las jóvenes, en general, de la prostitución.

*a'')* *Educación Sexual:* Enseñarles la verdad sin mistificaciones de ninguna índole, en lo que al sentido sexual se refiere, desde la pubertad.

*b'')* *Protección a las menores:* De carácter educacional y disciplinario, internándolas en colegios, casas de refugio. Proteger a la infancia y adolescencia abandonada.

## CENTROS DE ESTUDIOS SOCIALES SOBRE EL DESARROLLO Y FACTORES DE LA PROSTITUCIÓN EN NUESTRO PAÍS

### ESTADÍSTICAS

La prostitución se caracteriza por su tenacidad, a pesar de los distintos sistemas sociales, políticos y económicos que se sucedieron y por la rebeldía a todo control.

En el curso de los últimos cincuenta años una serie de factores ha tenido su influencia sobre la prostitución, que si no la disminuyeron, por lo menos la modificaron. En primer lugar, los esfuerzos para atenuar su explotación y las enfermedades venéreas que le acompañan y, en segundo lugar, la modificación en la vida social, el alza del nivel de las clases obreras, particularmente en las regiones industriales, el acrecentamiento de la libertad sexual y la emancipación de la mujer. No puede decirse que la tendencia a la prostitución sea heredtaria, pero es evidente que ciertas enfermedades o anormalidades que se presentan con frecuencia entre las prostitutas, son hereditarias, como la deficiencia mental y las psicopatías.

Sin duda alguna, estos hechos hereditarios juegan un gran rol entre las causas de la prostitución.

Las afecciones crónicas, trayendo una incapacidad para el trabajo, constituyen otra de las causas de la prostitución.

Las condiciones del medio y, sobre todo, el factor aceptado por todos los tratadistas: el económico. La miseria trae el éxodo de las gentes de la campaña hacia las ciudades, sin preparación suficiente, con la consiguiente promiscuidad en casas de vecindad. La inclinación, la holgazanería, el deseo de la vida fácil, son otras tantas causas.

La estadística del Dispensario de Salubridad (Municipalidad de la Capital Federal) de 1899 a 1915, recogida entre mujeres registradas, da de 10.617, casi la mitad, 5.229, que no saben leer ni escribir.

Entre 10.343:

| | |
|---|---|
| Ninguna profesión | 4.279 |
| Costureras | 1.569 |
| Planchadoras | 852 |
| Modistas | 554 |
| Sastres | 535 |

La estadística del año 1935 y primer y segundo trimestre del año 1936 de la Policía de la Capital, arroja las siguientes cifras de mujeres detenidas por contravención a las disposiciones sobre «Escándalo»:

Total del año 1935 — 2.910 detenidas

Total del 1.° y 2.° trimestre 1936 — 1.931 detenidas, de las cuales en 1935,

| | |
|---|---|
| 1.197 | eran sin profesión |
| 907 | prostitutas |
| 246 | de oficios diversos |
| 239 | sirvientas |
| 161 | quehaceres domésticos |
| 96 | obreras industriales, y |
| 41 | obreras comerciales |

Vemos así que el porcentaje mayor corresponde a las que no tienen profesión y, en cambio, las prostitutas ya clasificadas son 907.

En cambio, en los dos primeros trimestres del año 1936, se nota un aumento considerable y se hallan repartidas así:

| | |
|---|---|
| 241 | sin profesión |
| 893 | prostitutas |
| 174 | oficios diversos |
| 176 | sirvientas |
| 222 | quehaceres domésticos |
| 49 | obreras industriales |
| 35 | obreras comerciales |
| 63 | estudiantes, y |
| 78 | vendedoras ambulantes |

Esas mujeres, iniciadas en esa clase de vida, después de cumplir en el Asilo San Miguel su internación, recuperan su libertad y son reincidentes, pues falta la ley que encare la creación de asilos hogares para su regeneración.

Las enfermedades venéreas se pueden considerar como el barómetro de la intensidad de la prostitución.

La prostitución ha dejado de ser un fenómeno urbano, llegando a todas partes.

La extensión de la prostitución en un país es un dato difícil de precisar. Su carácter movible, el número de prostitutas ocasionales, hace que las variaciones sean grandes. Por otro lado, el número de las clandestinas es cada día mayor.

Veamos algunas estadísticas del Dispensario de Salubridad (Municipalidad de la Capital Federal).

En el año 1920, estando al frente del Dispensario de Salubridad el Dr. P. Torello, se impuso la obligación de realizar el análisis de Wassermann, cuyos resultados arrojaron las siguientes cifras:

| AÑOS | NEGATIVAS | POSITIVAS |
|---|---|---|
| 1921 | 545 | 91 |
| 1922 | 1124 | 192 |
| 1923 | 1814 | 189 |
| 1924 | 1364 | 186 |
| 1925 | 2064 | 438 |
| 1926 | 1658 | 447 |
| 1927 | 1001 | 251 |
| 1928 | 688 | 182 |
| 1929 | 785 | 154 |
| 1930 | 807 | 135 |
| 1931 | 1234 | 225 |
| 1932 | 1424 | 341 |
| 1933 | 1045 | 271 |

El movimiento general del Dispensario de Salubridad durante los años 1920 a 1926, ha sido el que se detalla a continuación:

| AÑOS | 1920 | 1921 | 1922 | 1923 | 1924 | 1925 | 1926 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Número de: | | | | | | | |
| Prostíbulos ...... | 292 | 452 | 497 | 585 | 644 | 957 | 855 |
| Nuevas | | | | | | | |
| Inscriptas .... | 20 | 143 | 348 | 335 | 247 | 669 | 137 |
| Declaradas | | | | | | | |
| Enfermas ....... | 129 | 171 | 246 | 278 | 435 | 695 | 456 |
| Total de: | | | | | | | |
| Visitas ......... | 12543 | 17878 | 23126 | 26426 | 29217 | 34944 | 29170 |

Durante los años 1927 a 1933, el movimiento del Dispensario de Salubridad fué el siguiente:

| AÑOS | 1927 | 1928 | 1929 | 1930 | 1931 | 1932 | 1933 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Números de | | | | | | | |
| Prostíbulos ...... | 805 | 356 | 296 | 270 | 268 | 250 | 250 |
| Nuevas | | | | | | | |
| Inscriptas ..... | —— | —— | —— | 34 | 217 | 193 | 227 |
| Declaradas | | | | | | | |
| Enfermas ....... | 223 | 169 | 41 | 36 | 107 | 212 | 159 |
| Total de | | | | | | | |
| Visitas .......... | 21722 | 16896 | 14875 | 13083 | 13131 | 13209 | 13436 |

Las declaradas enfermas que corresponden a los años 1930-31-32 y 33, definidas por enfermedad:

| AÑOS | 1930 | 1931 | 1932 | 1933 |
|---|---|---|---|---|
| Sífilis ........ | 1 | 3 | 5 | 17 |
| Blenorragia .... | 15 | 39 | 193 | 125 |
| Otras venéreas | 26 | 65 | 14 | 17 |

El 31 de diciembre de 1935 fueron incinerados todos los elementos relacionados con esta actividad —final del período reglamentario—; de ahí que sean escasas estas estadísticas.

Estadística del Dispensario de Salubridad (Municipalidad de la Capital Federal): entre 16.457 mujeres anotadas desde 1889 a 1915, son argentinas 3.212, y el resto se reparte así:

| | |
|---|---|
| América Latina ....... | 1.680 |
| Europa Latina ....... | 6.026 |
| Anglosajona ........ | 1.757 |
| Eslavas ............. | 3.640 |
| Otras proveniencias ... | 142 |

Probablemente en el momento actual hayan variado las proporciones, aumentando las nativas.

En virtud del incremento observado en la concurrencia de enfermos venéreos a los dispensarios antivenéreos de esta Capital, la Sección de Venereología dispuso, en el año 1943, el examen sistemático de las mujeres que trabajan en dancings, cabarets, salones de bailes, etc. y a las detenidas por la policía en el Hogar San Miguel, por incitar en la vía pública.

Se controlaron 1.700 mujeres de los puntos de vista clínico general, ginecológico y bacteriológico. El porcentaje de las mujeres infectadas, fué el siguiente:

| | |
|---|---|
| Sífilis serológicamente positivas ....... | 19.34 % |
| Gonococias bacteriológicamente positivas . | 6.69 % |
| Gonococias clínicamente comprobadas ... | 30.89 % |

*Medidas preventivas*: Estas medidas se pueden dividir en dos grupos, las reformas sociales generales y la protección de las jóvenes que están en peligro de caer en la prostitución.

La Higiene Mental despistará precozmente las deficiencias mentales y las psicopatías. El procurar trabajo teniendo en cuenta sus particularidades físicas y psíquicas. Instrucción. Educación. Protección.

5.º — ESCUELA DE VENEREOLOGÍA. —

La enseñanza de venereología juega un papel importantísimo en la lucha contra las enfermedades venéreas. Es un problema esencialmente médico y, por lo tanto, todo lo que se relacione con la enseñanza e instrucción es primordial. Esta enseñanza debe realizarse en el mismo Instituto de Higiene Social, aprovechando su carácter de venereocomio (internación de enfermos), pues será una instrucción teórico-práctica. Podría hacerse también en la Universidad.

A) FORMACION DE MEDICOS VENEREOLOGOS: Las enfermedades venéreas exigen un conocimiento especial y preciso por parte de los médicos, y es una preocupación constante de las autoridades la formación de especialistas en dichas afecciones; de ahí la importancia de la Escuela de Venereología, para la formación de tales especialistas, cuyo número es insuficiente en la actualidad.

B) FORMACION DEL ENFERMERO DE VENEREAS: En la misma escuela puede formarse el enfermero de venéreas, ya que constituye un auxiliar eficaz para el médico.

6.° — POLICÍA SANITARIA ANTIVENÉREA Y SOCIAL. —

Tendrá como función vigilar la concurrencia de los afectados por estas enfermedades a los servicios de tratamiento; educará al enfermo y lo instruirá de la gravedad, cuando suspende o no sigue regularmente su tratamiento, llamándole la atención sobre los accidentes que puede sufrir, no sólo él, sino sus allegados, hijos nacidos y por nacer.

Insistirá sobre la contagiosidad de estas enfermedades y las medidas que debe tomar para evitar nuevos contagios.

Citará al enfermo o bien lo visitará, según las circunstancias, respetando siempre el secreto profesional.

Ejercerá también vigilancia de las mujeres embarazadas en Maternidades e Institutos de Puericultura.

Investigará las fuentes de contagio y se ocupará de divulgar conocimientos de Medicina Preventiva, colaborando con las clínicas oficiales y privadas.

Estas funciones serán desempeñadas por los Investigadores Sociales.

A) FORMACION DEL PERSONAL NO MEDICO ESPECIALIZADO: La lucha antivenérea, no sólo se dirige al enfermo, sino también a los investigadores sociales, debiendo reunir ciertas condiciones, para poder formar parte de ese personal no médico especializado; no deben ser solamente visitadores con instrucción técnica apropiada, sino también conocer todas las grandes leyes de Asistencia Social y los resortes de la Asistencia Pública y Privada que pueda venir en ayuda de la familia, grandes condiciones de orden moral, tacto y discreción, una madurez de espíritu con experiencia de la vida que no puede encontrarse en los jóvenes. Con esas condiciones se llegará a formar un personal útil.

a'') *De los Asistentes Sociales*: Estos serán los investigadores sociales, que se ocuparán de la investigación de las fuentes de contagio. Inspección de consultorios para controlar tratamientos, en los casos en que fracase la Asistencia Social.

b'') *De las Asistentas Sociales*: Serán las investigadoras sociales que vigilarán tratamiento, educación del enfermo. Llevarán el fichero, visitarán o citarán al enfermo, etc.

## Medidas legislativas

El Congreso de la Nación tendrá que resolver, después de su correspondiente estudio, una serie de medidas de gran importancia para la lucha antivenérea.

Como veremos a continuación, son todas de imperiosa necesidad para cumplir con la finalidad Nº. 2 de nuestro plan: Reducir a valores insignificantes la existencia de enfermos de afecciones venéreas.

1.º — LEY DE VAGANCIA. — Su enunciado explica claramente el objeto que con ella se pretende perseguir; resolvería una porción de problemas que van íntimamente unidos a estas cuestiones, como rige en los Estados Unidos, por la cual todo individuo tiene obligación de justificar y aclarar sus medios de vida.

2.º DELITO VENEREO. — Este delito lo implantan en sus códigos una gran cantidad de naciones. Consideramos a los contagios de los enfermos venéreos como un delito pasible de penas, no graves, sino moderadas. La amenaza de ser castigados, aun cuando este castigo sea benévolo, contribuirá a que muchos contagios se eviten.

3.º IMPUESTO SANITARIO A LOS DANCINGS Y CABARETS. — Sería esta una medida que ayudaría a aumentar los fondos necesarios para esta lucha, impuesto que no sería mayormente objetable.

4.º CERTIFICADO PRENUPCIAL PARA AMBOS SEXOS. — Afortunadamente, para bien de la humanidad, este requisito será pronto un hecho en todas las naciones, ya que paulatinamente lo van llevando a la práctica, siendo su objeto que los futuros padres lleguen al matrimonio sin lesiones sifilíticas contagiosas. Nuestra Ley 12.331 sólo exige el certificado prenupcial al hombre; no hay motivo para no imponer el mismo requisito a la mujer.

Precisamente la mujer es la causante principal de la trasmisión de la heredolúe, ya que si la futura madre está enferma o no está bien tratada, la trasmisión al hijo puede considerarse fatal; de ahí que el certificado prenupcial debe ser exigido para ambos sexos.

5.º REGLAMENTACIÒN DE LA PROSTITUCIÓN. — Esta sería una medida a tomar después de un profundo estudio, no olvidando la experiencia universal contraria a este régimen.

Todas las estadísticas nos muestran que el número de contagios venéreos comienza a disminuir en el año 1932 (antes de la aplicación de la Ley 12.331), descenso que se acentúa hasta 1941 y en 1942 comienza un repunte, cada vez más manifiesto, hasta el momento actual. Por todas estas observaciones, es fácil comprobar que la Ley 12.331 no ha dado los beneficios profilácticos que de ella se esperaban, puesto que en plena vigilancia de dicha Ley, que ha abolido la prostitución reglamentada, se nota el ascenso de la curva de contagios, estando en condiciones de afirmar que la abolición referida no ejerce mayor influencia en el movimiento de dicha curva.

NORMAS: Reglamentación del Ejercicio de la Prostitución, incluyendo Profilaxis y Control Sanitario.

A) Examen de las Prostitutas. Se harán 2 ó 3 exámenes semanales en los dispensarios. Examen serológico cada 3 meses.

a) Libreta Sanitaria, es un complemento del tratamiento obligatorio. Es un excelente medio de guiar su tratamiento y anotar las alteraciones de su salud.

B) Represión enérgica del Rufianismo. Represión con penas severas; tratar que los prostíbulos sean de propiedad del Estado.

C) Prostíbulos en zonas apartadas. Las casas de tolerancia estarán situadas en zonas apartadas, con varias pupilas, así se favorece el control en locales higiénicos, con aire, luz, calefacción y agua en abundancia. De edificación que no llame la atención.

a) Cabinas profilácticas en los prostíbulos. Atendidas por un enfermero práctico, para que acudan para hacer profilaxis individual y adquirir de paso instrucción suficiente sobre higiene sexual. Se podría exigir, existiendo la cabina indicada, la desinfección post-coito y el contralor previo.

a') Consultorios Médicos Sociales en el barrio. En el barrio de los Prostíbulos el funcionamiento de Consultorios sería muy conveniente por razones obvias.

a'') Certificados sanitarios a soldados, estudiantes, obreros, empleados, donde constaría la serología; sería una garantía más, exigirlo al ingresar en sus funciones.

## Educación sanitaria antivenérea

Como norma general de educación sanitaria, se considera que debe ir unida íntimamente, tanto a la asistencia sanitaria como a la propaganda social. No solamente el médico debe reducirse a curar, sino que también a prevenir, aconsejando, enseñando y demostrando palpablemente los perjuicios que pueden acarrear estas enfermedades.

### 1) Formacion de la conciencia sanitaria

Es preciso propender a la divulgación de los medios de contagio y manera de evitar estas enfermedades por medio de conferencias, debiéndose consentir el anuncio público por los medios conducentes a evitar y curar los males que pueden traer las afecciones venéreas.

Hay que estirpar en nuestro público la idea equivocada de que no se puede ni se debe hablar de males venéreos, puesto que estas enfermedades son como las demás enfermedades infecciosas, y como ellas requiere su tratamiento adecuado.

A) *Folletos*: Por medio de los folletos que se distribuirán gratuitamente a los dispensarios, hospitales y médicos que tratan estas enfermedades, para que a su vez los entreguen a los enfermos; cumpliendo su misión, al llamar la atención sobre los peligros venéreos y la forma de evitarlos.

B) *Radiotelefonía*: Conferencias radiotelefónicas, no muy extensas, que duren de diez a quince minutos, siendo de suma importancia el lenguaje empleado. Los conferenciantes deben ser muy expertos en la materia y en el arte de exponer.

C) *Camiones, Cineteca, etc.*: Los camiones, útiles para las poblaciones alejadas de los centros, llevarían un médico de venéreas, encargándose de dar conferencias. Por medio del cine y dispositivos se obtienen grandes resultados en la difusión de los conocimientos· Tarjetas carteles, hojas volantes sanitarias, despiertan interés en el público.

D) *Affiches*: Los affiches dejan también impresión profunda en los lectores.

E) *Museo antivenéreo*: Este es de gran importancia para la población. Los museos de modelados en cera, pudiendo tener un museo rodante (tren museo) que iría a los centros alejados con un médico que explicaría, con detalle de todo lo concerniente a educación sexual, utilizando los elementos del museo, fijando gráficamente la diversas lesiones venéreas.

F) *Estímulos a las entidades privadas*: A las entidades que se interesan por la higiene sexual se las puede estimular por medio de subsidios, pero siempre vigilando su honesto y correcto desempeño.

G) *Conferencias en teatros*: En esta conferencia hay que tenes en cuenta la composición del auditorio. Fijar temas como los siguientes. «Consecuencia de la sífilis para el enfermo y su familia». «Desastres sociales causados por la locura, consecuencia de la sífilis en el 40 o|o de los casos». «Contaminación accidental». «No hay enfermedades vergonzantes». «Peligros del charlatanismo». Examen Prenupcial.

H) *Conferencias para tropas. Fábricas (Obreros)* : A esta conferencia se le da el carácter de extensión cultural sobre estas enfermedades.

I) *Universidades y Colegios*: En los colegios se darían estas conferencias a partir del 3er. año secundario, por médicos especializados en estos temas, pues hay que hablar con mucha prudencia, conociendo la psicología del niño. Estas conferencias en núcleos reducidos, dan mayor resultado.

En las Universidades estas conferencias y los cursos especiales de venereología son de gran valor, pues sería una enseñanza científica y no de propaganda social. Además, cursos prácticos para los alumnos de los últimos años.

## Tratamiento médico obligatorio a cargo del Estado

Es esencial que las enfermedades venéreas se traten por personal competente, y dado que en cierto períodos de su evolución, estas enfermedades son sumamente contagiosas, se comprende que se exija a estos enfermos el tratamiento obligatorio y de ahí la necesidad de que sea gratuito.

La mayoría de estos enfermos necesitan un tratamiento prolongado y fuera de sus alcances pecuniarios, siendo ésta otra de las razones del porqué, del tratamiento gratuito.

El tratamiento obligatorio y con carácter gratuito responde a medidas de profilaxis social.

### 1) Ambulatorio

El tratamiento ambulatorio es la función más importante del dispensario antivenéreo, tratar al enfermo sin que pierda su trabajo, buscándole la hora que mejor le conviene y próximo a su domicilio.

A) *Aumentar los Dispensarios (Centros de higiene social)*: Es una de las medidas de la profilaxis el aumento del número de dispensarios, sobre todo en los barrios po-

pulosos y obreros. En las grandes capitales debía haber un dispensario por cada 30.000 habitantes. En las pequeñas ciudades se impone el dispensario de 2da. categoría.

Los pueblos pequeños deben ser visitados periódicamente por un equipo (1 médico y 2 enfermeros), y si se notara algo excepcional, se instalarían allí por un tiempo prudencial (poste antivenéreo)

a) *Dotación abundante de medicamentos*: Esto, como se comprende, es importante, dado el carácter grauíto y obligatorio del tratamiento, sin dejar de ser controlado.

MEDICAMENTOS NECESARIOS PARA LA LUCHA ANTIVENEREA, SU COSTO POR AÑO

**VENEREOLOGIA — SALUD PUBLICA**

| **Designación** | **Cantidad** | **solicitada** | **Precio estimado** |
|---|---|---|---|
| Aceite gris al 40 %, en frs. de 30 grs. c\|u. | 30 | frs. | m$n. 60.— |
| Bismuto, canforcarbonato, seg. Farmacopea Argentina, en frs. de 1 kg. | 50 | kgs. | 12.250.— |
| Bismuto, canforcarbonato, al 15%, en ampollas de 1 cc. | 10.000 | amp. | 500.— |
| Bismuto, salicilato básico, seg. Farmacopea Argentina, en frs. de 1 kg. | 300 | kgs. | 7.200.— |
| Bismuto, salicilato básico, al 10 %, en ampollas de 2 cc. | 26.000 | amp. | 2.080.— |
| Iodobismutato de quinina, droga, marca Poulenc, Merck, Squibb o similar. | 100 | kgs. | 13.500.— |
| Iodobismutato de quinina, ampollas al 20 %. | 90.000 | amp. | 135.000.— |
| Iodobismutato de quinina, ampollas al 10 %. | 28.000 | amp. | 3.780.— |
| Iodobismutato de quinina, ampollas al 3 %. | 10.000 | amp. | 1.150.— |
| Mercurio, biyoduro de, según Farmacopea Argentina. | 2.500 | kgs. | 70.— |
| Mercurio, biyoduro de, ampollas de 2 % x 2 cc. | 10.000 | amp. | 300.— |
| Mercurio, cianuro de, según Farmacopea Argentina. | 3.200 | kgs. | 224.— |
| Mercurio, cianuro de, en ampollas al 1 % x 1 cc. | 14.500 | amp. | 357.50 |

| Designación | Cantidad solicitada | | Precio estimado m$n. |
|---|---|---|---|
| Mercurio, cianuro de, en ampollas al 2 % x 1 cc. | 7.500 | amp. | 210.— |
| Mercurio, oxicianuro de, en frs. de 250 grs. | 37.500 | kgs. | 5.002.50 |
| Permanganato de potasio, en frs. de 1 kilo. | 100 | kgs. | 550.— |
| Permanganato de potasio, en pastillas de 0,25 grs. | 74.000 | past. | 185.— |
| Yoduro de potasio, en frs. de 500 grs. | 5 | kgs. | 100.— |
| Sulfadiazina, comprimidos de 0,50 grs. en tubos de 20 comprimidos. | 98.000 | comp. | 3.920.— |
| Sulfadiazina, comprimidos de 0,50 grs. en frs. de 1000 comprimidos. | 40.000 | comp. | 800.— |
| Sulfapiridina, comprimidos de 0,50 grs. en tubos de 20 comprimidos. | 1.200.000 | comp. | 90.000.— |
| Sulfapiridina, comprimidos de 0,50 grs. en frs. de 1000 comprimidos. | 300.000 | comp. | 15.000.— |
| Sulfatiazol, comprimidos de 0,50 grs en tubos de 20 comprimidos. | 240.000 | comp. | 9.600.— |
| Sulfatiazol, comprimidos de 0,50 grs. en frs. de 1000 comprimidos. | 120.000 | comp. | 3.480.— |
| Urotropina, comprimidos de 0,50 grs. en tubos de 25 comprimidos. | 725 | tubos | 2.537.50 |
| Arsenical trivalente, tipo Arsenosán: | | | |
| en ampollas de 0,04 grs. | 20.000 | amp. | 12.800.— |
| en ampollas de 0,06 grs. | 45.000 | amp. | 31.500.— |
| en ampollas de 0,60 grs. | 4.500 | amp. | 16.000.— |
| Arsenical trivalente, tipo Sulfarsenol, series para adultos (de 10,06 a 0,60 grs.). | 3.000 | series | 14.400.— |
| Arsenical trivalente, tipo Sulfarsenol, series para niños (de 0,005 a 0,03 grs.) | 3.000 | series | 4.620.— |
| Arsenical trivalente, tipo 914, en series de 0,15 a 0,90 grs. | 10.000 | series | 21.000.— |
| Arsenical trivalente, tipo 914, en ampollas de 4,50 grs. | 4.000 | amp. | 5.400.— |
| Arsenical pentavalente, por vía bucal, tipo Stovarsol, Paroxil, etc., en comprimidos de 0,25 grs. | 200.000 | comp. | 11.000.— |
| Arsenical pentavalente, inyectable, tipo Acetilarsán, en ampollas de 3 cc. | 10.000 | amp. | 4.200.— |
| | Total: | | $ 428.776.50 |

ASISTENCIA PUBLICA DE LA CAPITAL FEDERAL, CANTIDAD Y CALIDAD DE MEDICAMENTOS DURANTE EL AÑO 1945

CALCULO DE SU COSTO

| | | Costo $ |
|---|---|---|
| Arsenicales: | | |
| Acetylarsan (ampollas) | 1.435 | 617.05 |
| Neosalvarsan (ampollas) dosis | 7.760 | 14.293.92 |
| Neosalvarsan 4 1\|2 | 1.820 | 2.790.06 |
| Sulfarsenol (ampollas) | 2.540 | 1.828.80 |
| Arsenosan (ampollas) dosis | 9.130 | 5.112.80 |
| Arsenosan (ampollas) 0,4 y 0,6 | 780 | 2.706.60 |
| Mercuriales: | | |
| Bicianuro de Hg. ampollas | 5.400 | 81.— |
| Biyoduro de Hg. ampollas | 944 | 15.— |
| Aceite gris (gramos) | 570 | 13.28 |
| Bismúticos: | | |
| Iodobismutato de quinina (grs.) | 169.800 | 4.335.— |
| Carbonato de bismuto (grs.) | 22.600 | 300.— |

Además se utilizarán sulfamidas, sulfathiazol, Sulfapiridina, Gluconato de Calcio, Vitaminas B. y C., Rivanol, Protargol, Permanganato de K., Oxicianuro, dando un total aproximado de gasto anual de drogas y complementos 45.000.—

Es decir, en un año, el costo estimado de los medicamentos necesarios para la lucha antivenérea en todo el territorio de la República, sería:

| | | |
|---|---|---|
| Asistencia Pública de la Capital Federal | $ | 45.000.— |
| Secretaría de Salud Pública de la Nación | » | 428.776.— |
| Total . . . . . . . . . . | $ | 473.776.— |

En 5 años representa un total de: $ 2.368.880.—

(Hay que tener presentes las oscilaciones de los precios).

Importante es tener en cuenta la penicilina, medicamento que, con óptimo resultado, se emplea en la blenorragia aguda, y que aun faltando experiencia en lo que a sífilis se refiere, se lo utiliza también, por lo que habría que destinarle una partida de $ 200.000 por año, sin olvidar que la entrega de unidades se hace por remesa y necesitan conservarse en lugares de baja temperatura.

En esta nómina no están incluídas las necesidades de los servicios correspondientes a los Ministerios de Guerra, Marina y Secretaría de Aeronáutica.

*a'')* *Unificación de tratamientos.* Conociéndose la eficacia del tratamiento de las enfermedades venéreas, sobre todo en los períodos de contagio, y la medicación, es necesario difundir un plan de tratamiento aprobado por la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

INTERNADOS

2) Es de imprescindible necesidad disponer de camas para internar a los enfermos venéreos en períodos de contagio sobre todo. Es quizá, la medida más necesaria en el plan profiláctico.

*a)* Todo individuo enfermo y en período contagioso, hay que obligarlo a que se interne, estableciendo sanciones para los que no cumplan con dicha obligación.

En ese sentido la importancia del Instituto de Higiene Social con carácter de venereocomio es muy grande.

## Relación con el Proyecto de Código Sanitario

## Ley de Bases .

Art. 3.º — Inciso 1) Realizar y estimular el estudio y la investigación de los problemas sanitarios y de asistencia social.

Se harán los estudios experimentales, referentes a las enfermedades venéreas y, en particular, sobre la sífilis, estudios serológicos, de tratamiento, control de medicamentos, investigaciones físicas aplicadas a la serología, resolviendo en lo posible los problemas de higiene social.

Todas estas investigaciones se podrán llevar a cabo en el Instituto de Higiene Social, creado recientemente por decreto N.º 9863.

La Asistencia Social comprende el tratamiento completamente gratuito de estos enfermos en los Centros de Higiene Social. El enfermo irá al Centro más cercano de su domicilio dentro de amplios horarios, que permita su asistencia, aun fuera de sus horas de trabajo.

Hospitalización de los enfermos en período de contagio.

Obligación de las Mutualidades de atender a estos enfermos.

Función de la asistente social es investigar las fuentes de contagio, visitar las Fábricas, Maternidades, etc.

La creación de Centros de Higiene Social, como de laboratorios, es función de asistencia social.

Combatir por todos los medios la prostitución, buscando su redención moral, sobre todo de las menores. Procurar trabajo

teniendo en cuenta sus particularidades físicas y psíquicas, es función de las asistentas sociales.

Habilitación de Asilos — Reformatorios, etc. Instrucción — Educación — Protección.

Inciso 2) Organizar y aplicar las medidas que los principios de la higiene y medicina preventiva hicieren aconsejables.

El objeto es prolongar la vida activa del que trabaja.

Medida de gran trascendencia es efectuar la serología para despistar la sífilis entre los obreros de Fábricas, Frigoríficos, etc., haciendo una ficha por cada examinado, agregándole cualquier dato de interés, actualizándola cada 6 meses ó 1 año.

A los examinados que resulten enfermos se les someterá a un tratamiento que será obligatorio favoreciendo al enfermo en cuanto al horario para efectuarlo y aun cambiando de ocupación dentro de la misma fábrica, es decir, impidiendo todo lo que sea perjudicial para su curación.

Es importante hacer el catastro permanente de la Serología. La educación Sanitaria, en todas sus formas, es también medicina preventiva, así como los conocimientos de higiene sexual.

Inciso 3) Proveer a la profilaxis y tratamiento de las enfermedades.

Como medidas profilácticas, tenemos la educación antivenérea, que versará sobre los peligros de estas enfermedades y sus modos de prevenirlas y evitarlas, ya sea por medio de conferencias públicas en teatros, colegios, fábricas, frigoríficos, etc., tratando en lo posible que sean acompañadas con proyecciones cinematográficas.

Los folletos, afiches etc., relativos a estas afecciones son también interesantes.

Se adoptarán medidas de protección contra las fuentes de contagio, sean éstas extravenéreas, durante y fuera del matrimonio.

La investigación de los focos de contagio, es de la mayor importancia. Esta tarea debe ser puesta a cargo de los Investigadores Sociales, cuando el médico tratante no puede lograr descubrir a dicho agente.

Estos investigadores sociales deben obrar con mucho tacto y discreción, puesto que la revelación de la enfermedad puede afectar gravemente al enfermo en sus relaciones sociales.

El certificado prenupcial, que por ley 12.331 sólo se exige al hombre, debe imponérselo también a la mujer.

Precisamente la mujer es la causante principal de la trasmisión de la heredo-lúe, ya que si la futura madre está enferma o no está bien tratada, la trasmisión al hijo puede considerarse fatal.

Estos certificados podrán ser firmados por todos los médicos especialistas en dermatosifilografía y venereología, siempre que tuviesen una antigüedad superior a 5 años, en unos de estos servicios.

Será conveniente también, a los efectos de posibles soluciones, que los futuros contrayentes tengan derecho a solicitar el examen médico prenupcial a los facultativos inscriptos, para tal objeto, tres meses antes de la fecha fijada para el matrimonio.

Lo mismo si el pretendiente considera injusto el resultado de su examen prenupcial podrá recurrir a la Dirección de Venereología para su resolución definitiva.

Para su mayor control, cuando se le entregue al interesado el certificado prenupcial, deberá colocarse un sello característico en su libreta de enrolamiento o cédula de identidad.

Los contagios venéreos fuera del matrimonio plantean el problema de la prostitución con las medidas de prevención y control.

Combatir el charlatanismo. — El charlatanismo constituye «la explotación de la credulidad pública en lo que concierne al tratamiento de las enfermedades». Anuncios en diarios que curan estas afecciones en algunos días y con un solo específico, tratamiento por correspondencia y otras formas de charlatanismo, se solucionan con la prohibición de toda clase de anuncios de índole sanitaria.

Lo mismo contra el curanderismo.

Profilaxis individual, que trata de vulgarizar los cuidados profilácticos antes y después del acto sexual. La instalación de cabinas profilácticas, como la venta de equipos profilácticos a bajo precio, serán medidas importantes para tal objeto.

La profilaxis individual deberá ser obligatoria y controlada, fácil de conseguir esta medida en las fuerzas armadas, es difícil en la población civil sin antes instruirla.

Ley contra la vagancia. — Se le debe ordenar a toda persona que no trata de ganarse la vida de un modo legítimo, que lo haga buscando en un plazo razonable o procurársele si es posible un trabajo honesto. Si no obedece esa orden, se le puede imponer por vagancia una pena.

Contra los rufianes. — Se les podrá declarar en estado peligroso y someterlos a las medidas de seguridad. — Severas penas.

Delito venéreo. — Consideramos los contagios de los enfermos venéreos como un delito pasible de penas no graves sino moderadas.

El que cohabitara, padeciendo de una enfermedad venérea contagiosa, y tenga conocimiento de esto o deba suponerlo por

las circunstancias, será penado con tres años de prisión si el mal fuera de carácter grave, y un año si el el mal fuera de fácil curación.

Tratándose de cohabitación entre esposos no se iniciará la persecución judicial, sino por denuncia. En caso de que el imputado sea pariente del denunciante, se permitirá retirar la denuncia.

El que, teniendo conocimiento de estar afectado por una enfermedad venérea o debiendo suponerlo por las circunstancias, contraiga matrimonio sin haber hecho saber a la otra parte la existencia de la enfermedad, será penado con presidio hasta 3 años.

En este caso, sólo se iniciará la causa judicial por denuncia.

Sufrirá multa hasta $ 500 ó prisión:

1.º) La mujer que amamantare a un niño ajeno, sin poseer un certificado médico extendido poco antes de entrar ella en servicio que la acredite como libre de contagio venéreo.

2.º) El que tome a su servicio para la alimentación de un niño un ama sin haberse cerciorado de si posee el certificado que se menciona en el inciso anterior.

3.º) El que haga amamantar un niño, salvo casos de emergencia, por otra persona que su madre, sin antes que compruebe que no hay peligro para la mujer que amamanta al niño (Ley alemana 1927).

En el delito venéreo, habría también que tener presente el que, no sabiendo que está enfermo, trasmitiera a otro una enfermedad venérea, haciendo la diferencia entre delito venéreo doloso y culposo.

Serán responsables, como cómplices de contagio venéreo, los que teniendo conocimiento de que una persona que se encuentre bajo su guarda, está contaminada de enfermedades venéreas no procurasen evitar el contagio.

Denuncia por el médico y por el enfermo. Todos los médicos privados y oficiales, como toda autoridad hospitalaria, donde se asisten enfermos, tienen la obligación de denunciar por ficha, nota o telegrama a la autoridad sanitaria los casos venéreos nuevos. Esta denuncia deberá contener los siguientes datos: edad, sexo, nacionalidad, ocupación, fecha de comienzo de la enfermedad, con el máximo de detalles y antecedentes sobre la fuente de contagio.

El propio enfermo también tendrá la obligación de decir a su médico tratante la fuente probable de contagio y, en el caso que se negare, el médico solicitará el servicio de Fiscalización Antivenérea.

Tratamiento obligatorio y gratuito: Los enfermos venéreos presentan en ciertos períodos lesiones contagiosas, siendo, por consiguiente, un peligro social. Este estado peligroso requiere que se imponga a estos enfermos un tratamiento que por ser obligatorio debe ser al mismo tiempo gratuito. Esta última parte es de importancia, pues son tratamientos prolongados para impedir recidivas y la mayoría de las veces fuera del alcance de estos enfermos, constituyendo una medida de profilaxis social.

Los tratamientos pueden ser efectuados en los Centros de Higiene Social, siendo la creación de éstos una medida profiláctica, o bien internándolos cuando los enfermos están en período de contagio a los efectos de la medicación.

El certificado sanitario es también una medida profiláctica.

Inciso 4) Preconizar y difundir entre los profesionales de las ciencias médicas los tratamientos que imponga el desenvolvimiento de los conocimientos científicos.

El médico asistente debe ser juez en el tratamiento de los enfermos, pero en lo que a estas enfermedades venéreas se refiere, y sobre todo de la sífilis, dado el conocimiento que se tiene de la medicación, se puede seguir una conducta terapéutica general que debe conocer todo médico, sobre todo, en el período de contagio, que es cuando resulta más eficaz este tratamiento «standard» que será difundido entre los profesionales por la Secretaría de Salud Pública.

Inciso 5) Determinar e imponer el aislamiento y el tratamiento de las personas que, por sus condiciones de salud, pudieran constituir un peligro colectivo, disponiendo en su caso su internación en lugares apropiados; la observación y vigilancia sanitaria de los sospechosos, y toda medida conducente para mantener indemne el país o disminuir las consecuencias de las infecciones.

Es de imprescindible necesidad disponer de camas para internar a los enfermos nuevos en período de contagio, sobre todo. Es quizá la medida más necesaria en el plan profiláctico.

Todo individuo enfermo y en período contagioso hay que obligarle a que se trate e interne, estableciendo sanciones a los que no cumplan con dicha obligación.

El internamiento obligatorio será igual para niños, mujeres y hombres.

Se podrá citar y obligar al examen médico a las personas que se sospeche puedan trasmitir una enfermedad venérea y a los probables contaminados. De utilidad, también, es el

examen familiar, indagando al padre, madre e hijos, función ésta de los investigadores sociales y, si lo creyera conveniente, lo sometería al examen médico.

El examen obligatorio de las embarazadas es importante, exigiéndoles serología a todas las mujeres en este estado desde los tres meses de su embarazo. (Coordinación con Maternidad. Infancia).

Exámenes serológicos en grandes masas. Para despistar la sífilis exigírseles a los empleados, obreros, etc., la serología.

Inciso 6) Organizar y coordinar las actividades tendientes a la prevención y tratamiento de las enfermedades orgánicas y degenerativas de trascendencia económica y social.

La dirección general de la lucha antivenérea será la sede central de esta lucha, quedando, por lo tanto, bajo su dirección y control todos los servicios antivenéreos instalados en todo el territorio de la República, dependan o no de la Secretaría de Salud Pública.

Esta dirección general estará situada en la Capital Federal.

La dirección general de la lucha antivenérea coordinará y controlará toda la organización de esta lucha en todo el territorio de la República, debiendo estar en íntimo contacto con los servicios sanitarios de las fuerzas armadas, a fin de lograr mayor eficiencia en esta lucha, teniendo presente la prevención y tratamiento de las afecciones venéreas y en particular las sífilis.

Inciso 12) Promover, organizar y fiscalizar la educación sanitaria de la población y difundir el conocimiento de las medidas de higiene.

No solamente el médico puede reducirse a curar, sino que también ha de prevenir aconsejando, enseñando y demostrando palpablemente los perjuicios que pueden acarrear estas afecciones.

Comenzando con la educación sexual que debe hacerse en el hogar, inculcando al niño la verdad sobre estas cuestiones, tropezando la mayoría de las veces con la ignorancia de los padres.

Es, entonces, en la escuela primaria que deberá iniciarse la educación sexual, para continuarla en la secundaria.

La educación sexual tiene que ser fiscalizada, pues los conferencistas deben ser expertos en la materia y en el arte de exponer, teniendo presente la edad del auditorio. Es un tema muy difícil de tocar, pero alguna vez debe ser encarado valiente pero discretamente.

Propaganda antivenérea. Hay que extirpar en nuestro público la idea equivocada de que no se puede ni se debe hablar

de males venéreos, puesto que estas enfermedades son como las demás y como ellas necesitan su tratamiento adecuado.

Es preciso propender a la divulgación de los medios de contagio y manera de evitar estas enfermedades, organizando conferencias por expertos, en teatros, radio, películas cinematográficas, etc.

Los folletos, affiches, Museo Antivenéreo ambulante, dejan también profunda impresión educativa en la población.

Inciso 13) Instituir y afianzar el reconocimiento médico periódico de la población del país, a fin de asegurar el diagnóstico oportuno de las enfermedades y su profilaxis por el tratamiento, en forma precoz, continua y completa.

El certificado sanitario, en coordinación con la medicina preventiva, se exigirá sobremanera a obreros y empleados, ya de establecimientos públicos o privados, insistiendo en los que se ocupan en fabricación y expendio de alimentos, carnicerías, panaderías, empleados de farmacia, hoteleros, peluqueros, nodrizas, sirvientes y los demás que establezca la Secretaría de Salud Pública.

Estos certificados deberán ser actualizados cada año o bien cuando lo creyera conveniente la Secretaría de Salud Pública.

Las personas que padezcan enfermedades venéreas en período contagioso no podrán dedicarse a los oficios citados más arriba.

Incurrirán en falta las personas que, teniendo obligación de poseer certificados sanitarios, no los tuviesen.

Exámenes serológicos en grandes masas. Despistar la sífilis serológicamente en las grandes aglomeraciones y particularmente en fábricas, maternidades, colegios, etc.

Establecido el diagnóstico, indicar el tratamiento correspondiente, precoz, continuo y completo haciendo, en una palabra, profilaxis.

Inciso 14) Organizar las estadísticas vitales en todo el país; el registro clasificado de las tablas de morbilidad y mortalidad; su publicación periódica; el estudio de la geografía médica en sus relaciones con las estadísticas económicas y sociales, vinculados con la salud pública y el bienestar de la población y la publicación del «Anuario Demográfico». Participar en la elaboración del plan de los censos generales o parciales de la población del país.

La estadística es la verdadera guía de las medidas de orden social y a ella debemos atenernos para la prevención social y profiláctica. En el Registro Nacional de Higiene Social, donde se consignan todos los nuevos casos denunciados de enfermedades venéreas que se produzcan en el país, llevándose una ficha completa médico-social, con el nombre o número del

enfermo, nombre y apellido del médido denunciante, localidad, fuente de contagio y los demás datos que explícitamente se consignan en la denuncia.

Este registro es de incalculable valor, puesto que al controlar todos los nuevos casos de afecciones venéreas, facilita la curva epidemiológica de estas enfermedades en el país.

A su vez, las autoridades sanitarias provinciales y comunales de los territorios nacionales, y de la Municipalidad de la Capital, llevarán también un Registro de enfermos venéreos y elevarán al Registro de Higiene Social Nacional una estadística mensual de los casos producidos.

El Registro de Higiene Social llevará un fichero por Provincia y Gobernación, de modo que esté al día en lo que a enfermos venéreos se refiere, indicando detalles sobre localización, tratamiento, período de enfermedad, etc.

La sífilis aparece en forma reducida como causa de muerte, por la razón de dar como causa de ésta la del momento ocasional y no la fundamental. Sería interesante para la tabla de mortalidad por esta enfermedad obligar a colocar el diagnóstico etiológico.

El Anuario Demográfico, que dejó de publicarse en el año 1916, es necesario.

La pérdida económica para el país por defunciones por sífilis, sería evitable en gran parte con medidas profilácticas, preventivas y curativas de esta enfermedad.

Inciso 24) Fiscalizar la producción, importación, exportación, comercialización y expendio de las drogas, los productos medicinales y biológicos de uso humano y animal; las aguas minerales, las hierbas medicinales, los productos a los cuales se asignan propiedades antisépticas, insecticidas u otros análogos de higiene; los cosméticos y productos para el tocador.

La Secretaría de Salud Pública hará un examen oficial previo de los medios y útiles destinados a prevenir las enfermedades sociales e impedirá la venta de los objetos que sean rechazados y declarados como no aptos para los fines que se persiguen.

También podrá tomar decisiones sobre exposiciones, anuncios o propuestas acerca de los medios u objetos cuya venta se ha permitido.

Acordará el goce de la franquicia de exención del pago de derechos aduaneros e impuestos internos a los productos destinados a esa finalidad.

Las especialidades medicinales destinadas al tratamiento de estas afecciones, deberían ser expendidas sólo bajo receta médica.

A toda institución que trate enfermos venéreos, previa fiscalización, se le proveerá de medicamentos, siendo éste uno de los fines de esta lucha.

Inciso 26) Estudiar, adoptar y difundir métodos para la «standardización» de los productos biológicos.

La sección serológica, denominada «Organización Central de Serología», contará con todos los elementos necesarios para practicar las reacciones biológicas más importantes que sirven para establecer el diagnóstico de la sífilis.

Esta sección tendrá a su cargo la «standardización» de los métodos y su aplicación uniforme, debiendo elevar a la Secretaría de Salud Pública el informe correspondiente a los resultados obtenidos, aconsejando su adopción universal.

De esta sección dependerán los demás «Centros Serológicos» del país, a los fines de asegurar la realización de un máximo de exámenes con la mayor garantía de sus técnicos.

Inciso 52) Autorizar y fiscalizar el funcionamiento de los establecimientos privados destinados al tratamiento de las enfermedades y a la asistencia médico-social.

Estimular a las entidades privadas que se interesen por la higiene sexual, por medio de subsidios, haciéndoles entrega de medicamentos, etc., pero siempre vigilando su honesto y correcto desempeño.

Inciso 56) Promover, organizar y/o proveer la formación y el perfeccionamiento de médicos higienistas, epidemiólogos y otros especializados en problemas de salud pública; ingenieros sanitarios, laboratoristas, enfermeros, visitadoras, asistentes sociales, dietistas y otros técnicos o auxiliares sanitarios. —Médicos venereólogos—. La enseñanza de venereología juega un papel importantísimo en la lucha contra las enfermedades venéreas. Es un problema esencialmente médico y, por lo tanto, todo lo que se relacione con la enseñanza e instrucción es primordial. Esta enseñanza debe realizarse en el mismo Instituto de Higiene Social, aprovechando su carácter de venéreocomio (internamientos de enfermos), pues sería una instrucción teórico-práctica. Podría hacerse también en la Universidad.

Estas enfermedades exigen un conocimiento especial y preciso por parte de los médicos, siendo una preocupación constante de las autoridades la formación de especialistas en venéreas; de ahí la importancia de la Escuela de Venereología.

Debe favorecerse los cursos de perfeccionamiento, acordando becas, asegurando así un máximo de rendimiento de los servicios. Laboratoristas, organizar cursos gratuitos para técnicos de laboratorios en lo que se refiere al diagnóstico de las

enfermedades venéreas, cursos que podrían dictarse en el Instituto Bacteriológico.

Enfermero de venéreas. — Tratándose de un auxiliar eficaz para el médico, podría, en la misma escuela de Venereología, formarse el enfermero.

Asistentes Sociales. — Tendrán como función vigilar la concurrencia de los afectados por estas enfermedades a los servicios de tratamiento; educará al enfermo y lo instruirá de la gravedad cuando suspenda o no siga regularmente su tratamiento, llamándole la atención sobre los accidentes que que puede sufrir, no sólo él, sino sus allegados, hijos nacidos y por nacer.

Insistirá sobre la contagiosidad de las afecciones venéreas y las medidas que debe tomar para evitar nuevos contagios.

Citará al enfermo o bien lo visitará, según las circunstancias, respetando siempre el secreto profesional.

Ejercerá también vigilancia de las mujeres embarazadas en Maternidades e Institutos de Puericultura.

Investigará las fuentes de contagio y se ocupará de divulgar conocimientos de Medicina preventiva y colaborará con las clínicas oficiales y privadas.

La lucha antivenérea, no sólo se dirige al enfermo, sino también a los investigadores sociales, debiendo reunir ciertas condiciones para poder formar parte de ese personal no médico especializado; no deben ser solamente visitadores con instrucción técnica apropiada, sino también deben conocer todas las grandes leyes de Asistencia Social y los secretos de la Asistencia Pública y Privada que puede venir en ayuda de la familia, grandes condiciones de orden moral, tacto y discreción, una madurez de espíritu, con experiencia de la vida, que no puede encontrarse en los jóvenes. Con esa condición se llegará a formar un personal útil.

Los asistentes sociales serán hombres y mujeres.

Inciso 57) Organizar la carrera de su personal técnico, asegurando el ingreso del mismo por concurso, su estabilidad y el ascenso por antigüedad calificada.

Para la designación de cargos de médicos jefes, médicos agregados, laboratoristas y todo el resto del personal técnico. se tendrá presente la evidente dedicación a la materia y las condiciones de honorabilidad de los candidatos, siendo sometidos previamente a un concurso de competencia, cuyas pruebas y jurado tendrán el control de la Secretaría de Salud Pública.

Para su ascenso se tendrá en cuenta, además de los trabajos científicos, honorabilidad, la antigüedad calificada, dándole gran importancia a esta última.

## Orden de prelación
## Año 1947

1) Comienzo de la construcción del edificio del Instituto de Higiene Social en la Capital.
2) Organizar el Registro de Higiene Social Nacional y los registros provinciales y de gobernaciones.
3) Dar gran impulso a la educación sexual en colegios primarios y secundarios, lo mismo que a la propaganda antivenérea (conferencias públicas, por radio, folletos, affiches, etc.). De profilaxis. Adquirir furgón cinematográfico.
4) Dirigirse ante las autoridades correspondientes para que reconozcan a la venereología como especialidad en las Facultades de Ciencias Médicas, de acuerdo a la resolución del Secretario de Salud Pública.
5) Habilitación de camas en hospitales para la internación de enfermos venéreos; donde no hubiere hospitales nacionales, subvencionar a los nosocomios particulares, por un número de camas de acuerdo a la población del lugar.

   Aplicar con justicia el decreto 9863 (denuncia obligatoria e investigación de fuentes de contagio; internación de enfermos, etc.).
6) Realizar una gira de inspección por todos los Centros de Higiene Social de la República.
7) Formación de la Escuela de Venereología (acordar becas).
8) Estar en relación con las instituciones privadas, maternidades, instituto de puericultura, etc.
9) Designar el cuerpo de Investigadores Sociales. Inauguración de la Escuela.
10) Hacer exámenes serológicos en fábricas, frigoríficos, maternidades, etc.
11) Reconstrucción de los Centros de Higiene Social en toda la República, que no reúnan condiciones.
12) Creación de los Centros de Higiene Social en número de 20 en todo el territorio de la República (primera categoría).
13) Nombramiento del personal técnico y administrativo más necesario (especializado).
14) Compra de medicamentos.
15) Ponerse en relación con las fuerzas armadas, aunando enfuerzos para la lucha antivenérea.
16) Mantener relación con los similares extranjeros y sobre todo sudamericanos.

17) Función de control en todas estas actividades en toda la República.
18) Obtener de los poderes las legislaciones pertinentes.
19) Estar en continua relación con todos los Centros de Higiene Social a los efectos de estadísticas y necesidades. Tratamiento standard, etc.

## Año 1948

1) Terminación del edificio del Instituto de Higiene Social de la Capital y su habilitación, dejándolo en condiciones de funcionar (con carácter de venereocomio).
2) Iniciación de la construcción del Instituto de Higiene Social de la Provincia de Santiago del Estero.
3) Continuar la reconstrucción de los Centros de Higiene Social de acuerdo a sus necesidades.
4) Creación de los Centros de Higiene Social en número de 20 en todo el territorio de la República (algunos de primera, el resto de segunda categoría).
5) Proseguir con intensidad la campaña educativa iniciada el año anterior ,lo mismo que la campaña serológica. Profilaxis.
6) Organización del cuerpo de Fiscalización antivenérea en provincias y gobernaciones, de acuerdo a sus necesidades,
7) Compra de medicamentos.
8) Retener la enseñanza que dejó el año 1947 y tener presente las fallas.
9) Continuar la relación con las instituciones privadas, maternidades, instituto de puericultura.
10) Continuar con la demanda de estadísticas para el Registro de Higiene Social Nacional.
11) Controlar todas las actividades en toda la República, y estar en relación con las fuerzas armadas.
12) Nombramiento del personal técnico y administrativo más necesario.
13) Mantener relaciones con los similares extranjeros y sobre todo sudamericanos.

## Año 1949

1) Habilitación del edificio del Instituto de Higiene Social de Santiago del Estero y funcionamiento de acuerdo a las enseñanzas dejadas por el similar de la Capital Federal.

2) Continuar con la campaña educativa y serológica de años anteriores.
3) Creación de los Centros de Higiene Social de segunda categoría en los lugares que aun faltara hacerlo.
4) Reorganizar los Centros de Higiene Social que aun faltara hacerlo.
5) Continuar la organización del cuerpo de Fiscalización Antivenérea, de acuerdo a las necesidades.
6) Observar las enseñanzas y fallas de años anteriores.
7) Compra de medicamentos.
8) Mantener relaciones con los similares extranjeros y sobre todo sudamericanos.
9) Controlar todas las actividades de esta lucha en todo el territorio de la República, inclusive las fuerzas armadas.
10) Nombramiento del personal técnico y de administración más necesario.
11) Mantener las relaciones con maternidades, institutos de puericultura, etc.

**Año 1950**

1) Mantener la campaña iniciada en el año 1947, en todos sus puntos.
2) Realizar un estudio completo sobre estas enfermedades. después de 3 años de intensa campaña.
3) Hacer un estudio de la campaña de años anteriores. Observación completa.
4) Reconstrucción de los Centros de Higiene Social que aun faltara hacerlos.
5) Compra de medicamentos.

**Año 1951**

1) Mantener la campaña iniciada en el año 1947, en todos sus puntos.
2) Estudio crítico de la campaña de años anteriores.
3) Panorama general de esta lucha en los 5 años de campaña. Curva de los contagios venéreos de estos 5 años.
4) Compra de medicamentos.

## CAPITULO XIX

### *TUBERCULOSIS*

### Bases de la lucha Antituberculosa

*Este plan tiende a frenar el avance continuo de la tuberculosis, y evitar las muertes por dicho flagelo que son perfectamente evitables, substrayendo al enfermo precozmente del trabajo, internándolo y tratándolo eficazmente, ahorrando así al país 300 millones de pesos que se pierden al año por la tuberculosis de sus habitantes.*

La organización de la asistencia antituberculosa no puede plantearse en forma separada de la solución de los problemas económico-sociales implicados en la enfermedad. No basta calcular el número de camas necesarias para la internación y tratamiento de los tuberculosos contaminantes del país; no basta instalar y desarrollar el complejo mecanismo de diagnósticos y contralor higiénico en toda la extensión de la República; es necesario que correlativamente, y de una vez por todas, se resuelva el problema angustioso que plantea en los hogares modestos la eclosión de la enfermedad en uno de sus miembros; es necesario que se arbitren recursos para que el hogar del tuberculoso subsista tanto durante el período de internación como en el de tratamiento de aquel de sus miembros que haya corrido hasta ese momento con las responsabilidades de la manutención; es necesario, en fin, que el tuberculoso curado sea devuelto a la sociedad en condiciones de realizar un trabajo remunerado no incompatible con la reducción de su capacidad laborativa, impuesta por las secuelas de su padecimiento. Asistencia completa, protección económica, rehabilitación profesional, son tres aspectos de la organización antituberculosa que deberán encararse simultánea e integramente, si se desea que el caudal de trabajo y dinero insumido en la lucha reditúe beneficios razonables. Es obvio que tal planteo exige el desarrollo de una legislación adecuada y la educación popular, mediante una campaña de propaganda, que haga fácil la aplicación de las distintas medidas aconsejadas.

*Organización médica.* — Debe contemplar los siguientes principios: el diagnóstico precoz, por cuanto la eficacia de las medidas terapéuticas corre pareja con la fase en que las lesiones sean descubiertas, a punto tal, que los enfermos con procesos pulmonares ex-

tensos y destructivos sólo curan, en el mejor de los casos, después de muy largos tratamientos que dejan reducciones irreversibles de su capacidad respiratoria y de trabajo; la separación e internación de todos los casos en que ello resultara aconsejable, en razón del carácter de las lesiones o de su capacidad contagiante, para lo cual es necesario tener cifras estadísticas ciertas sobre la morbilidad tuberculosa y crear y mantener en toda la extensión del país el número de camas que ese cálculo aconseje.

En la aplicación de ambos principios deberán tenerse en cuenta la mayor o menor urgencia de las diversas medidas en cada comarca o centro de población; puesto que la tuberculosis incide, sobre todo, en los medios modestos de las zonas urbanas y altamente industrializadas, deberá comenzarse por resolver el problema en las mismas, extendiendo progresivamente a las restantes los beneficios de una organización que podrá ser modificada de acuerdo a lo que los primeros resultados obtenidos en aquéllas aconsejen, o lo que las características de la región hagan conveniente. Los medios y la capacidad de la organización antituberculosa han de ser tales, que proporcionen posibilidades de diagnóstico y atención total y absolutamente gratuita a todo el grupo de población de recursos reducidos, de cuya responsabilidad debe hacerse cargo el Estado, cualquiera sea la técnica de financiación de esa asistencia que oportunamente se escoja.

*Medios de diagnóstico.* — Se organizarán de manera tal, que en todos los casos en que pueda presumirse la existencia de lesiones tuberculosas, se disponga de los medios diagnósticos necesarios, provistos por alguna de las reparticiones oficiales o, eventualmente, de las privadas subvencionadas o reconocidas por el Estado.

El derecho al uso de esos recursos deberá extenderse a todo médico oficial o privado, de acuerdo, desde luego, a fórmulas que se especificarán; existen ventajas en que en cuanto a la utilización de los medios diagnósticos, laboratorio y radiología específicamente dirigidos al efecto no se establezca limitación en lo que respecta a los recursos del paciente enviado, porque la carga que pudiera representar para el Estado y la realización gratuita de tales exámenes en pacientes con mayores posibilidades económicas, se compensa ampliamente por las ventajas resultantes de un mejor conocimiento de la demografía tuberculosa y de la aplicación en tiempo útil de los medios terapéuticos en todas las clases sociales.

Al confiar el diagnóstico de enfermedad a instituciones oficiales o privadas, unidas al Estado por alguna razón de dependencia, se aseguran indirectamente los medios para el cumplimiento de una disposición existente, pero no cumplida: la declaración obligatoria de la enfermedad. En este aspecto, será necesario que una propaganda inteligente contribuya a preparar el espíritu público para la aplicación de estas normas y disipe las ya menores resistencias al

examen radiológico o de laboratorio practicado en forma rutinaria y, sobre todo, las que resultan de la comunicación oficial del diagnóstico; en cuanto a lo último, será necesario que el conocimiento del estado de enfermedad comporte beneficios al afectado, proporcionándole la asistencia o los recursos económicos indispensables para ello y no se reduzcan a la confección de una ficha o a la práctica de algunas ridículas medidas de desinfección; el resolver ambos asuntos será, en realidad, la mejor propaganda que pueda hacerse a las conveniencias del diagnóstico precoz y la declaración obligatoria.

Practicado el diagnóstico, la conducta frente al enfermo reconocido podrá ser distinta según cual sea la especialización de la institución que lo realice. Cuando se trate de una de las específicamente dedicadas a la asistencia antituberculosa, deberá aconsejar las medidas de tratamiento y profilaxis convenientes o dirigirá al paciente a la institución de cura que corresponda; cuando la institución no sea especializada, su intervención, una vez realizado el diagnóstico o en los casos dudosos, se completará dirigiendo al enfermo a un instituto de la organización antituberculosa, el que procederá en consecuencia.

Deberán arbitrarse recursos para que, indicada la necesidad de un diagnóstico especializado, la concurrencia del enfermo al centro a que se lo dirija no le irroge perjuicios económicos, a cuyo fin se establecerá su derecho a licencias especiales durante el período necesario y se proporcionará a los de clase modesta, los medios de cualquier orden para su viaje hasta el hospital o dispensario al que fuera dirigido, si éste no se hallare en su lugar de residencia; esta solución asegura en mejor forma las posibilidades de diagnóstico precoz en aquellos casos en que la pesquisa de la enfermedad se inicia a partir de algún síntoma, que la utilización de las unidades de diagnóstico volante a las que deberá confiarse, en cambio, salvo razones geográficas muy especiales, las funciones de profilaxis y catastro.

Los centros de catastro, fijos o móviles, han de ser considerados esencialmente como elementos destinados a corroborar el estado de buena salud de los grupos a los que se investigue; su objetivo no es el de descubrir enfermos, sino proporcionar la seguridad de que los candidatos a ser obreros de una industria, o actores de una disciplina cualquiera, no padecen de lesiones que los incapaciten para ello y se mantienen ulteriormente, en las mismas condiciones iniciales; su beneficio no se mide en el número de enfermos descubiertos, por lo que seguirán siendo necesarios el día que la enfermedad disminuya o desaparezca, sino en la eficiencia con que confirme la conservación del estado de salud; por todo ello, la significación de los mismos en la lucha antituberculosa ha de considerarse como lateral: servirá para el descubrimiento de los enfermos inaparentes,

los que desde el momento mismo de su reconocimiento deberán pasar a la órbita exclusiva de las instituciones de asistencia.

La aplicación de los medios diagnósticos se asegurará en toda la extensión de la República por la utilización de los recursos y locales existentes en cada lugar, dentro de los lineamientos de la organización sanitaria general. En los grandes centros, los facilitarán los hospitales o servicios de la especialidad, mediante un funcionamiento adecuado de sus consultorios externos, que habilitarán horarios diferentes para la atención ambulatoria de los tuberculosos reconocidos y para la de los pacientes venidos en investigación o por razones de profilaxis. En los centros menores, esa función se confiará a una sección del hospital general, anexa al servicio de la especialidad.

Los dispensarios suplementarán a los elementos anteriores; podrán constituir la unidad médica del lugar o colaborar con los servicios hospitalarios y extender la utilización de sus recursos de tratamiento, pero en todos los casos es necesario terminar con una deformación del espíritu con que han debido funcionar, deformación que los ha convertido, primordialmente, en centros de tratamiento, por la doble razón de la falta de camas y de la resistencia del enfermo a internarse; resuelta aquélla y superada ésta por medios que se aconsejarán, es preciso que los dispensarios se reduzcan a: 1) facilitar medios diagnósticos a todos los enfermos que les fueran enviados para ello; 2) dar destino a los tuberculosos reconocidos en las instituciones de cura que correspondan; 3) prestar asistencia, exclusivamente, a aquellos descargados por las mismas o cuya internación fuera ciertamente necesaria; 4) vigilar periódicamente los familiares de los enfermos de la zona y a los mismos después de su curación; 5) realizar funciones de catastro donde no hubiere centros específicamente destinados para ello entre la población e institutos o industrias de sus zonas; 6) colaborar en la educación higiénica de la colectividad, mediante conferencias y otras formas de propaganda, dentro de las disposiciones de la superioridad. Existen razones de conveniencia médica para que los dispensarios o centros de significado equivalente, se multipliquen y extiendan en proporción crecida, y razones de conveniencia económica para que su funcionamiento sea lo menos oneroso posible; ambas cosas podrían combinarse, instalándolos siempre que fuera posible en locales anexos a los de los hospitales especiales o generales existentes, cuando esto no fuera viable, reuniendo en un mismo centro el dispensario antituberculoso, el antivenéreo, el antipalúdico, etc., cuya separación funcional sería adecuadamente asegurada.

**Formas de asistencia y tratamiento.** — Debe tenderse a la realización de la fórmula: «Todo tuberculoso contagiante debe ser aislado». Toda lesión activa debe realizar su tratamiento en condicio-

nes de reposo general, proporcionadas a su localización e importancia. Tal propósito supone dos consecuencias correlativas: la internación o aislamiento, compulsivo o semicompulsivo y la habilitación del número suficiente de camas.

El problema de la internación del enfermo interesa al Estado, porque reduce las posibilidades de contagio y abrevia el período de curación; en el grupo social de recursos modestos, de cuya atención deberán hacerse cargo las instituciones oficiales, la compulsión puede hacerse efectiva estipulando que la ayuda económica al hogar del enfermo sólo se realizará cuando éste cumpla las indicaciones del tratamiento, acordando al paciente, desde luego, un derecho de opción cuando la decisión médica fuera de orden quirúrgico. En los otros grupos económicos, podrá ensayarse el efecto de una propaganda inteligente u ofrecerse un género de internación pagada, con pensiones bajas, en instituciones oficiales o subsidiadas.

En segundo punto, el logro del número imprescindible de camas exige un plan integral de construcciones hospitalarias; debe incluir: la habilitación obligatoria de un porcentaje de camas para tuberculosos en los hospitales generales o de ciertas especialidades (niños, dementes) de todo el país; la construcción del suficiente número de hospitales especializados en los grandes centros o sus vecindades inmediatas; la construcción del suficiente número de hospitales en estaciones de cura climática, para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar o extrapulmonar; la construcción del suficiente número de establecimientos para la readaptación profesional del tuberculoso en tareas de granja o industria.

*Servicios de tisiología en hospitales generales.* — Convenientemente separados de los comunes, no significan riesgo para el total de la población hospitalaria. En los grandes centros, servirán para internar en plazo breve esa gran masa que actualmente postula angustiosamente por una cama, sin lograrla. Recogerán todo tipo de enfermos, a los que someterán a los tratamientos generales corrientes; se los dotará como para que puedan colaborar en las tareas de diagnóstico; aconsejarán desplazar a éste, cuando exista en el lugar, todo paciente que deba ser sometido a colapso, aun gaseoso; en los lugares en que no exista hospital especial, podrán realizar neumotórax artificial, pero no otras medidas de colapso, para las que enviarán al enfermo al hospital especializado. Retendrán en todos los casos a los pacientes que por su estado de gravedad no sean pasibles de tratamiento efectivo o mejoría, en los hospitales especiales o estaciones de cura.

*Hospitales especializados.* — Se completará el número de los existentes con un número adecuado de construcciones económicas, ubicados con preferencia en los suburbios de los grandes centros, próximas a líneas de comunicación de fácil acceso. Según sean su lo-

calización y las conveniencias que de ello resultaren, se los dotará de recursos para el diagnóstico por consultorios externos o para catastro de colectividades. Contarán con los servicios de todas las especialidades para uso exclusivo de los internados, con una sala de cirugía pulmonar y general, con una sala de clínica médica para los enfermos de diagnóstico dudoso o con tuberculosis complicada por otros padecimientos y con una sala de niños; en lo posible serán de un solo sexo, o tendrán ambos, total y rigurosamente separados; en los de mujeres existirá una maternidad de capacidad conveniente para la asistencia de las embarazadas y puérperas tuberculosas.

Los hospitales especializados recibirán sus enfermos de los servicios anteriormente referidos y de los dispensarios u otras instituciones de diagnóstico. Practicarán todos los tratamientos clínicos y quirúrgicos de la enfermedad. Descargarán los enfermos, por defunción, por su curación clínica, por envío a una estación climática, por envío a un establecimiento de readaptación, por voluntad del enfermo; si esto último entrara en contradicción con lo aconsejable por su estado clínico, implicará la pérdida de sus derechos a ayuda económica.

**Hospitales especializados en estaciones climáticas.** — Se habilitará el número conveniente de camas en estaciones de llanura, mar y montaña, como para satisfacer los requerimientos de tratamiento climático de los afectados de tuberculosis pulmonar o extrapulmonar. Las construcciones serán de tipo económico, provistas de todos los recursos médico-quirúrgicos que requiera la atención de sus internados; los de adultos serán de un solo sexo; los de niños podrán ser mixtos. Salvo cuando razones muy especiales determinen lo contrario, no prestarán atenciones por consultorio externo. Recibirán sus enfermos de los hospitales especializados y de las salas especiales habilitadas en los hospitales generales. Podrán descargarlos por alta, por curación clínica o por remisión a sus puntos de origen o a los centros de recuperación profesional para convalecientes.

**Centros de recuperación profesional para convalecientes.** — Se los habilitará en correlación y en las proximidades de los hospitales especializados; deberán desarrollarse sobre un doble plan: la reeducación profesional en tareas de granja y la reeducación industrial o en oficios urbanos. El acceso a ambos tipos de establecimientos estará limitado a convalecientes llegados a la etapa de su curación clínica aparente o próximos a ella, seleccionados de acuerdo a sus aficiones anteriores, a su capacidad funcional y a sus preferencias actuales. Por excepción, podrán enviarse a ellos enfermos con lesiones detenidas de largo tiempo, aunque bacteriológicamente activas, en los que una cierta actividad funcional no sea incompatible con su sobrevida. Según la índole y ubicación de los establecimien-

tos y de acuerdo al estado de los pacientes, el régimen de éstos podrá ser el de internación total o el de externado; para lo último se exigirá, como condición forzosa, el que los enfermos sean ciertamente abacilíferos. Los establecimientos estarán dotados de los recursos médicos para la vigilancia clínica de los pacientes y para la aplicación de los recursos de tratamiento (neumotórax, inclusive) a que los mismos se hallen todavía sometidos; cuando se compruebe la mala tolerancia del enfermo para el oficio ensayado, se variará éste o, en los casos de incapacidad absoluta, se lo devolverá al hospital que corresponda. Se establecerá algún orden de remuneración proporcional al trabajo realizado, remuneración que se financiará parcial o totalmente con la venta en el mercado libre, o la compra por la institución a los precios corrientes, de los artículos producidos.

El período de permanencia del enfermo en el centro de recuperación será, en general, limitado para evitar parasitismo, pudiendo prolongárselo por razones médicas o, en los curados, por la imposibilidad demostrada de lograr trabajo remunerado en forma permanente. A los fines de facilitar esto último, se creará una bolsa de trabajo de acuerdo a principios que se detallarán más adelante. Mientras el enfermo se halle en el centro por razones clínicas o durante el período de su reeducación profesional, tendrá derecho al total o parte de los subsidios que le hubieren sido acordados durante su enfermedad y sin que ellos se modifiquen en ningún sentido por el hecho de que reciba la remuneración por su trabajo a que antes se ha hecho referencia; cumplido el período de reeducación y clínicamente curado el paciente, perderá todo derecho a subsidio, aunque no haya logrado empleo; de otro modo, se lo convertirá en un desempleado permanente.

Las relaciones entre unos y otros establecimientos, estarán regidas por un consejo que, aparte de las funciones reglamentarias, administrativas y de orientación técnica de los mismos, correrá con la autorización de los traslados de los enfermos de una a otra institución, en los que no podrán gravitar otras razones que las de la más clara conveniencia clínica terapéutica. Cuando el traslado de los pacientes se realice por indicación médica, el Estado asegurará su gratuidad hasta el punto de destino en las condiciones de higiene que exige una elemental profilaxis.

El consejo deberá intervenir, asimismo, como administrador, como asesor o como tribunal de apelación, según se disponga, mediante organizaciones adecuadas, en la concesión de los subsidios por tuberculosis, en su mantenimiento y suspensión, en el catastro de la población y en la certificación de las condiciones de salud de los obreros aspirantes a la industria; en las pericias o conflictos que la aplicación de las nuevas normas legales suscite, a los fines de que

se uniformen criterios, primera condición de justicia en asuntos que, como se verá, afectan por igual a empleadores y empleados.

*Protección económica del tuberculoso y su grupo familiar.* — El tratamiento de la tuberculosis, particularmente pulmonar, impone el reposo del enfermo por largos períodos, lo que implica la pérdida de su capacidad como productor de recursos económicos para el sostenimiento del grupo familiar. En un estudio estadístico realizado por el Centro de Investigaciones Tisiológicas, se comprobó que la pérdida importaba el 38 por ciento en los recursos totales del hogar cuando el tuberculoso era hombre y el 7 por ciento cuando era mujer. Es notorio, por otra parte, que el papel que el enfermo desempeña en el mantenimiento de los suyos es causa de que, en ausencia de mecanismos de protección, siga trabajando hasta el término de sus fuerzas. Esa actitud redunda, en fin, en perjuicio de los propósitos de profilaxis, por cuanto contribuye a mantener un enfermo contaminante, en un hogar en el que habitualmente existen niños pasibles de infección.

Creemos que no es posible aspirar a la solución del problema de la tuberculosis, sin afrontar decidida y definitivamente la solución de este aspecto del asunto; no corresponde a esta enunciación de propósitos, entrar al análisis de los diversos procedimientos aplicables y de cuál sea más conveniente a nuestro caso; nos limitaremos a considerar, a grandes rasgos, los aspectos que deben resolverse.

La ayuda debe ser en dinero, por resultar de más fácil manejo y contralor, y equivalente al total del salario obtenido por el paciente antes de su enfermedad. Podría calcularse la quita que corresponda por la disminución de los gastos familiares resultantes de la internación, pero ello expone a que, analizado el punto con criterio numérico, ni la familia ni el enfermo acepten la internación y el subsidio reducido. El subsidio se pagará desde el día en que la institución tratante indique la necesidad de la cura de reposo, siempre que el enfermo se ajuste a lo prescripto en cuanto a tratamiento o internación; la negativa a esta última, implicará la pérdida de todo derecho en cuanto a subsidio y tratamiento ambulatorio y la reducción o anulación de la responsabilidad patronal en cuanto a las consecuencias eventuales de la enfermedad o de su vinculación profesional; el subsidio deberá pagarse durante todo el período que la enfermedad dure y hasta tanto el enfermo se recupere profesionalmente. No existiendo en nuestro país cajas de invalidez, no es posible que la protección se estipule por un período fijo, a cuyo término el Estado se desentienda del enfermo, a título de su incurabilidad, agravando la situación de su salud con la angustia de su miseria irremediable; a la inversa: curado y reeducado, el antiguo tuberculoso debe volver a ser un valor útil, para lo que el primer

paso ha de ser la supresión del subsidio, para obligarlo al reempleo. El subsidio podrá ser acordado por los períodos en que la situación clínica lo haga necesario o cuando reintegrado el paciente a sus tareas se produzca una recidiva de su padecimiento.

La financiación del mismo puede lograrse mediante los procedimientos del seguro contra la enfermedad o por recursos del Estado provenientes de impuestos especiales o de rentas generales. La elección del procedimiento deriva de consideraciones políticas y económicas, según las cuales ha de escogerse el método que mejor acomode a los planes restantes de gobierno; es obvio que en una u otra forma la protección del enfermo no podrá lograrse sino al precio de lo que paguen los sanos. Este aspecto deberá ser objeto de una propaganda comprensiva e inteligente que ilustre asimismo al público de que el mayor beneficio de una profilaxis adecuada será, con la reducción del número de enfermos, la reducción de las erogaciones.

*Recuperación del tuberculoso curado, sus relaciones con la industria.* — La responsabilidad del empleador en aquellos casos en que la tuberculosis puede considerarse una consecuencia de la profesión; la actitud del mismo ante los individuos con lesiones secuelas y las posibilidades de reempleo del tuberculoso curado, constituyen una última laguna que deberá ser cubierta por la legislación en todos sus aspectos.

Un criterio legítimo como es el atribuir la eclosión de la tuberculosis clínica a las condiciones de ciertas actividades industriales, ha determinado como contramedida la resistencia de los empleadores a tomar obreros con lesiones secuelas a veces radiológicamente mínimas.

Se hace pues, necesario, legislar sobre qué casos y debidamente especificados, la tuberculosis puede considerarse como vinculada a la profesión. Puesto que según lo antes propuesto, el Estado se haría cargo de la asistencia y protección de éstos como de los restantes obreros, lo que suprime su presente responsabilidad legal, la clase del riesgo debería implicar una carga mayor, de algún orden de impuestos o contribuciones, para los empleadores de ese género de industrias, lo que vendría a compensar su situación actual frente a la jurisprudencia.

Con referencia al rechazo de los candidatos a obreros por el hallazgo de lesiones secuelas, tal actitud desaparecerá automáticamente si el riesgo de indemnización pasa de manos del empleador a las del instituto de protección, quien a su vez quedará cubierto por el aumento de las contribuciones del industrial, proporcionales al número de obreros en actividad; en tales condiciones, el empleador no hará objeciones al valor de la libreta de salud otorgada por los institutos de catastro o diagnóstico.

En fin, el problema de los tuberculosos curados, profesionalmente reeducados en su aspecto de responsabilidad patronal de la eventual recidiva, queda resuelto por los mismos recursos anteriores; en cuanto a las remuneraciones, no podrán menos que ajustarse a las condiciones del obrero y a la ley de la oferta y la demanda en el mercado de trabajo; en último término, en el problema del reempleo, la organización de una bolsa de trabajo puede contribuir a la distribución de esos individuos en zonas de actividades adecuadas a sus condiciones de salud. El Estado podría absorber parte de ese material humano, canalizándolo hacia tareas, por ejemplo, vinculadas a la misma lucha antituberculosa (enfermeras, mucamos, empleados de maestranza, etc.) de preferencia en los establecimientos climáticos o de convalecientes.

Este planteo general exige para su traslado a la práctica el conocimiento de datos recientes de morbilidad y mortalidad tuberculosa, para determinar el número y ubicación de los centros de diagnóstico y tratamiento; la preparación de un cuerpo de legislación que establezca las condiciones de la protección a prestarse, su tipo de financiación, el número y calidad de los protegidos, etc. y, en fin, la situación de la industria frente a las responsabilidades emergentes de la tuberculosis sufrida por sus obreros.

*PLAN ORGANICO DE LUCHA ANTITUBERCULOSA*

Es un deber premioso del Estado intervenir en la lucha antituberculosa, pues es problema del Estado mismo impedir la desvalorización del capital humano que es su esencia y razón de gobierno.

Debe hacerlo creando instituciones de profilaxis y de tratamiento proporcionales, en número y calidad, a la intensidad y variedad del daño.

Debemos seguir el ejemplo de las naciones poderosas y disciplinadas, en las cuales la acción tesonera de sus gobernantes hizo posible la rápida transición entre la pobreza sanitaria del ayer y el magnífico exponente que hoy ofrece su organización antituberculosa.

Rusia tenía, en 1928, 15.751 plazas para tuberculosos, repartidas en 208 instituciones, de las cuales 12.621 eran para adultos y 3.130 para niños. En 1941, tenía 26.390 camas para adultos y 5.493 para niños. Además, 4.281 plazas para enfermos de tuberculosis ósea.

En materia de dispensarios, su crecimiento es aún más manifiesto. En 1913 ninguno, 416 en 1928 y en 1941, 1.408 dispensarios en funcionamiento integral.

Solamente calculando las pérdidas, por el tiempo de enfermedad, y los gastos médicos que ella implica, la tuberculosis cuesta la cuarta parte de lo que suman todas las otras enfermedades juntas.

El problema de la lucha contra la tuberculosis puede ser presentado en cifras y deducirse de ellas las consecuencias económicas y sociales con que grava la población de nuestro país. Mueren por año, término medio, 16.000 personas de tuberculosis; cada bacilar que fallece ha contagiado de tuberculosis de 8 a 10 más, de lo que se deduce que hay en el país, entre enfermos evidentes e inaparentes, sujetándonos a nuestros conocimientos estadísticos, unas 150.000 personas afectadas que necesitan tratamiento. Si expresamos en cifras solamente las consecuencias económicas, significan una pérdida de 300.000.000 de pesos al año, puesto que la tuberculosis mata e inhabilita a los afectados en la edad de mayor posibilidad productora. Estos cálculos, aunque importantes, adquieren su verdadera significión cuando agregamos a los mismos los trastornos físicos, morales y psíquicos que genera la enfermedad en quien la padece, en sus familiares y en la sociedad.

Frente a esto la acción de los poderes públicos y de las autoridades sanitarias debe dirigirse, en forma amplia y completa, a eliminar todos los factores que contribuyan a la aparición y difusión de la enfermedad. Lo que el hombre ha hecho hasta ahora para defenderse de la tuberculosis, puede resumirse en dos principios formulados uno por Pasteur y el otro por Koch. El primero consiste «en preservar a la semilla sana, es decir a la infancia, substrayéndola al medio contaminado», el segundo, «en el aislamiento de los

enfermos contagiosos y la higienización del medio por los métodos usados contra las enfermedades infecciosas y trasmisibles». Estos principios siguen siendo verdaderos y eficaces y han sido extraordinariamente ampliadas sus posibilidades con la práctica del examen sistemático de la población supuesta sana, mediante el procedimiento abreugráfico. La experiencia lo ha señalado, evidentemente, como el camino más eficaz y económico para descubrir los enfermos, localizar las fuentes de contagio y poder ejercer una acción de prevención oportuna.

Por otra parte, por ser enfermedad social, le corresponde una higiene social: es decir, una higiene de las masas, cuya aplicación no puede ser hecha por el individuo, ni por la familia; es problema que debe resolver el Estado y la sociedad con organismos de ayuda, de prevención, de asistencia y asegurar a toda la población el índice mínimo indispensable de la buena alimentación, del alojamiento y el amparo por enfermedad.

Por ser una enfermedad que ataca a todas las razas, sin distinción de clases, ni de edades, por ser la enfermedad infecciosa que en forma endémica o epidémica más ha penetrado en el cuerpo social, nos obligará para suprimirla, o por lo menos detenerla, a esfuerzos de conjunto continuos, extensos, profundos e intensos.

Estos hechos nos aclaran que el peligro de la tuberculosis es común al individuo y a la comunidad, y que, tanto el uno como la otra, tienen el derecho de ser protegidos y el deber de proteger. Este derecho y este deber son permanentes por parte de la sociedad y duran prácticamente toda la vida del individuo. El individuo y la sociedad son ambos, al mismo tiempo que deudores, acreedores de la higiene social.

Y de ese riesgo, de ese derecho, de esa obligación, resulta toda organización antituberculosa. Organización que sobrepasa en mucho al individuo, pues es una organización social.

La tuberculosis al igual que cualquier otra epidemia, en nuestro país como en los demás, evoluciona con un período de ascenso inicial, luego con un período estacionario y por último con un período de declinación. Tres períodos o etapas que no pasan por el mismo momento en las diferentes regiones del país —tal como lo muestra el índice de mortalidad de cada región de las mismas (ver mapa explicativo). — En unas, la declinación es franca; en otras, están en período estacionario y en algunas, en período de ascenso; de allí que la *acción sanitaria y social deberá ser condicionada al período por el cual pasa la endemia en cada región.*

La Ley N.° 12.397 de lucha contra la tuberculosis, al crear la unidad de los diferentes elementos ya sean nacionales, provinciales, municipales, de beneficencia o privados, y al colocarlos bajo la dependencia de la Secretaría de Salud Pública, dá el instrumento in-

dispensable para permitir llevar adelante el presente Plan Quinquenal.

Coordinando lo ya existente a los efectos de hacer rendir lo que poseemos, e incorporando los organismos que la ley citada coloca bajo nuestra jurisdicción: será posible planificar una estructura más lógica dentro de la labor futura, censar a los enfermos con más exactitud y distribuir en consecuencia más racionalmente el poderío económico y científico que este Plan Quinquenal brindará a la lucha antituberculosa, en pro de una población más sana y más fuerte.

En los capítulos que siguen, desarrollaremos en forma sistemática los aspectos constituyentes del plan en sus fases: preventiva, asistencial, de organización técnico-científica, de difusión y educación sanitaria y en lo referente al plan de construcciones.

*Descubrir precozmente al enfermo, aislarlo y someterlo a cura.*

Cumplir con este postulado, es asunto fundamental, dentro del plan orgánico de la lucha.

Es cierto que la profilaxis de la tuberculosis es compleja y trabajosa en su aplicación; pero no hay en ella ningún misterio impenetrable, y la aplicación de medidas propias debe producir sus efectos en la proporción del vigor e intensidad de su aplicación.

Se ha dicho y con razón que la tuberculosis debe ser considerada como enfermedad social.

Las características principales que le dan este carácter serían:

a) su evolución lenta en el sentido que su influencia en el estado general se produce a través de un período más o menos largo de tiempo;
b) que por lo tanto permiten al enfermo continuar sus actividades normales de vida, actuando en el grupo social, sin que éste se dé cuenta que se encuentra enfermo y transforformándose en un agente propagador;
c) tener una influencia sobre los descendientes, al originar seres congénitamente débiles;
d) ser esencialmente prevenible, en forma que una buena labor de prevención debería hacerla descender hasta los límites de la tuberculosis basal, vale decir, a la cifra de 5 a 10 muertos cada 10 mil habitantes;
e) obrar permanentemente en el medio social;
f) propagarse por contacto directo.

Arquitecturado así este concepto de enfermedad social, debe corresponder al de higiene social que es, según Burnet:

a) una higiene de las masas, cuya aplicación no puede ser realizada con éxito ni por el individuo ni por la familia.
b) una higiene que tomando en cuenta la desigualdad económica de las clases en que está actualmente dividida la so-

ciedad (ricos y pobres), tienda a su igualación desde el punto de vista de la salud de la colectividad.

De lo expuesto se desprende que la enfermedad social crea un problema que no interesa sólo al individuo, sino a la colectividad en general, y que los métodos de lucha deben buscarse en la higiene social que no es posible aplicar sin considerar una igualdad de recursos económicos para intentar iguales métodos en las distintas clases sociales de la actual sociedad.

Esta acción sólo puede ser realizada por el Estado, mediante legislación especial, única manera de actuar sobre grandes grupos de la sociedad y sobre todo, cuando es necesario en muchos casos coartar la libertad individual, imponer cargas tributarias, crear organismos cuya acción deberá tener correlación y coordinación entre sí, etc.

Todas las medidas que tiendan a mejorar el «standard» de vida de la clase débil, en habitación, alimentación, educación, etc., influyen como un factor de lucha contra la tuberculosis, constituyendo la lucha indirecta o inespecífica. Las medidas que tienden a establecer la lucha directa o específica contra la tuberculosis y que son el aspecto a contemplar en este capítulo, tienen como objeto preciso descubrir precozmente al enfermo, aislarlo y someterlo a cura.

*Dispensario*: Los organismos fundamentales a estos efectos son los dispensarios. Se ha probado que constituyen los factores más eficaces en la lucha antituberculosa, no solamente por su acción directa, cuanto por su influencia sobre la actividad de las otras instituciones antituberculosas.

Empezaremos por definirlo diciendo que: «Son entidades sanitarias públicas, que tendrán por fin el cumplimiento del plan preventivo asistencial que contemplan las leyes que los originaron».

Deben ser:

a) reorganizados con directivas uniformes;

b) coordinados con los servicios de medicina preventiva; y

c) aumentados en número suficiente y estratégicamente colocados en todo el territorio del país, dotándolos de personal idóneo, instrumentos y locales apropiados a los efectos de que no se desvirtúen y esterilicen los esfuerzos de la profilaxis antituberculosa.

Su funcionamiento se ajustará a las disposiciones siguientes, fundamentales en la triada profiláctica esencial:

a) examen radiológico de las colectividades;

b) investigación de la alergia tuberculosa;

c) vacunación antituberculosa de los no infectados.

Cumpliéndolas, el dispensario, eje central de la lucha, está en condiciones de descubrir, clasificar y distribuir convenientemente

la mayor cantidad de enfermos posibles, y de indicar y poder tomar las medidas útiles de prevención y profilaxis.

Más claramente, el dispensario bien concebido, cuando cumple con su verdadera función, es el que penetra en el medio social y trata así, de ir más allá de la simple localización del enfermo, pues su acción preventiva se extiende a la familia, a los convivientes y a los contactos; es ese su papel primordial. La encuesta epidemiológica que él realiza, es el nexo obligado entre los organismos de prevención y los de asistencia y de colocación. Está, casi diríamos, colocado en la frontera entre la salud y la enfermedad, pues trata de preservar a aquella, descubriendo a ésta y disponiendo lo necesario para que deje de ser peligrosa.

Para lograr las finalidades que preceden, y desempeñar las funciones que le son específicas, los dispensarios existentes y todos aquellos que se vayan creando, deberán responder al concepto de centros dinámicos de la lucha y en ese papel el gestor principal será el servicio social y los centros de catastro abreugráfico.

*Servicio Social:* El servicio social por la acción directa del médico y por intermedio de las visitadoras de higiene social, es el encargado de investigar los problemas médicos y no médicos del individuo y de la colectividad.

El servicio social tiene una importancia extraordinaria. En nuestro medio todavía hoy no posee ni la orientación, ni el personal suficiente para darle a la obra del Dispensario, es decir a la parte de profilaxis y prevención de la lucha, el verdadero impulso que esperan los organismos asistenciales y de colocación, para rendir mucho y sobre todo, bien.

En este particular no deberán escatimarse esfuerzos para formar visitadoras de higiene, generales y especializadas, pues de su preparación, del espíritu que se les infunda y de la cantidad necesaria, dependerá gran parte del éxito en la lucha.

Basta enunciar las tareas que le incumben al servicio social, para no necesitar de mayores argumentos demostrativos de su valor.

La visitadora de higiene está encargada de atraer con su labor de propaganda, persuación y educación al individuo, a la familia, etc., hacia las instituciones preventivas o curativas; establece los antecedentes mórbidos, económicos y sociales que han creado o mantienen la situación que se quiere remediar; actúa como intermediaria entre el médico y el *enfermo para que éste cumpla las indicaciones de aquél;* y, por fin, es la encargada de poner en práctica los métodos del servicio social, para solucionar los problemas no médicos que influyan desfavorablemente contra el mantenimiento del restablecimiento de la salud. En resumen, por ser su función primordial la educación del individuo, de la familia y de las colectividades, el

servicio social debe cumplir su obra, como parte indispensable, a través de todos los órganos de la lucha contra la tuberculosis.

*Centros de Catastros*: Junto al Servicio Social como parte principalísima del Dispensario, deben funcionar los centros de catastro, es decir centros cuya función va más allá del enfermo, más allá de la familia, convivientes y contactos; se adentra en la colectividad para encontrar entre la población supuesta sana, todas aquellas formas de tuberculosis en un período precoz, cuando aún no da síntomas aparentes que la denuncie al que padece y aún al examen médico de rutina.

Este aspecto del problema, es uno de los más interesantes en la lucha para dominar y evitar la tuberculosis en ese momento oportuno; hoy día, es posible considerarlo resuelto económicamente gracias al procedimiento de Abreu, que permite los exámenes en masa y a bajo costo.

El Dispensario con su Servicio Social, con su Centro de Catastro abreugráfico, es el puente tendido más seguro entre los organismos de medicina preventiva (Preventorio, colocación, etc.), los organismos de medicina asistencial y los destinados a la recuperación del tuberculoso: reeducación y rehabilitación.

Y si puede decirse que sin hospitales, es decir sin acción médica (colocación, asistencia de enfermos, etc.), los dispensarios serían poco eficaces, sin los dispensarios, es decir sin la higiene social (profilaxis, vivienda, alimento, agua, salario, etc.), los hospitales podrán eternamente tratar y aún curar tuberculosos sin terminar y aún mismo sin disminuir apreciablemente la tuberculosis.

En nuestro país el número de dispensarios es insuficiente, funcionan en locales inapropiados casi todos; con personal escaso y en general no pueden, por todas esas razones, cumplir con su función específica.

Insuficiente, porque no hay relación entre su cantidad y la población; son 108 en total, número a simple vista inadecuado, dado que no concuerda con las necesidades de la masa humana, relacionándola con la desigual densidad en que ésta se reparte en las diferentes zonas del país.

Los dispensarios se clasifican de acuerdo a su categoría, en dispensarios de los centros poblados, capitales de provincia, por ejemplo, que pueden colocar bajo su influencia de 50.000 a 100.000 personas, los de segunda categoría con 25.000 personas y los de tercera con núcleos humanos de menos de 25.000 y más de 5.000 personas.

Para distribuir y crear los nuevos dispensarios, habrá que tener en cuenta esas cifras y los índices de mortalidad. En Buenos Aires y la región del litoral, ese índice es de 7 a 9 por 10.000; en la región del N. Oeste argentino llega a 20 y a 24 por 10.000 y dentro

de esa misma zona son bajos, por ejemplo, para Catamarca, y altos para Salta y Tucumán.

Además se tendrán en cuenta para su mejor ordenación los siguientes principios: a las ciudades en que el número de su población les fuera necesario más de un dispensario, cada uno de estos tendrá su zona de influencia delimitada y no podrá superponer su acción a la de otros dispensarios, sean provinciales, municipales o particulares. Por otra parte, en el interior, donde los núcleos de población sean escasos y los medios de comunicación lo permitan, serán dotados de medios de movilidad apropiados para que puedan llevar su acción a las poblaciones que, por la distancia y por el número de habitantes, no justifiquen la existencia de un dispensario fijo.

En los grandes núcleos de población, es fácil calcular la cantidad de dispensarios y su dotación en personal y equipo de trabajo (Rayos X, laboratorio, etc.), pero en los lugares apartados, con población escasa y dispersa, allí es justamente donde se hace más necesaria la acción preventiva, social y de educación sanitaria. Deberán estudiarse con toda detención y tiempo los lugares más estratégicos para la ubicación de los dispensarios, a fin de darles la zona de influencia que más convenga a la lucha.

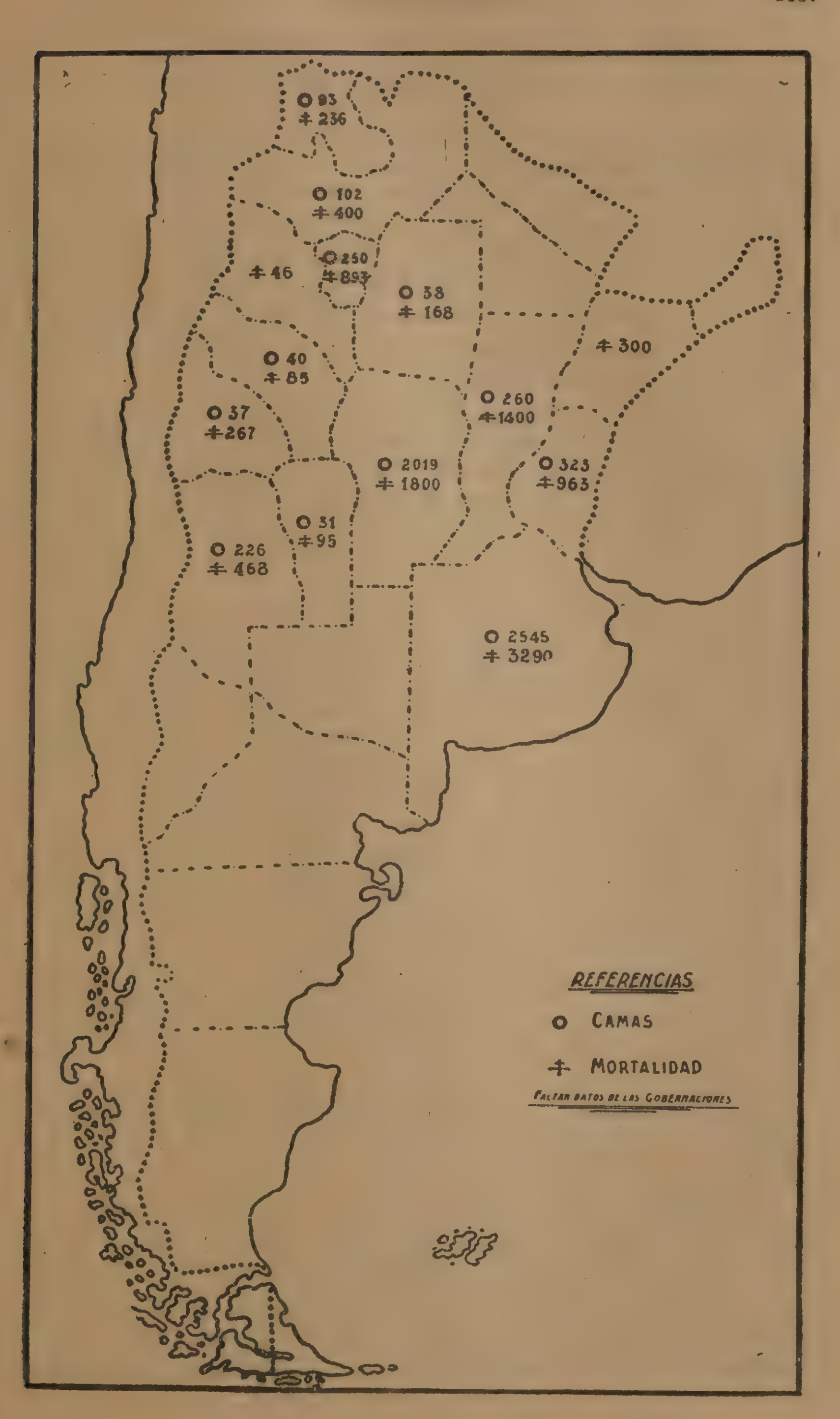
En síntesis: los dispensarios, en función de médula espinal del organismo profiláctico, actúan como agentes de enlace entre la colectividad supuesta sana y los organismos asistenciales.

Serán secundados en su labor por los centros de catastro radiográfico, que localizarán a los enfermos y efectuarán exámenes repetidos y periódicos de los mismos, y por el servicio social, que tomará relación adentrándose en los problemas del paciente en su domicilio, (tratamiento y control domiciliario), con la madre embarazada y el hijo del tuberculoso (maternidad, colocación y preventorio) con los contactos y familiares, vehiculizándolos a los organismos de recepción correspondientes previo diagnóstico, clasificación, pruebas tuberculínicas y vacunación de los no infectados. Este conjunto, con recursos y directivas uniformes, armonizado con los servicios de medicina preventiva, hará una realidad del lema que nos sirve de título.

**RESUMEN DE LOS DISPENSARIOS ANTITUBERCULOSOS Y DE LOS DISPENSARIOS POLIVALENTES QUE ATIENDEN TUBERCULOSOS EXISTENTES EN EL PAIS**

**Indicando lugar y dependencia — Polivalentes entre paréntesis**

| L U G A R | Nacionales | Provinciales | Municipales | Sociedad Benef. | Privada | Totales |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Capital Federal | 5 | — | 7 | 1 | 7 | 20 |
| Provincia Buenos Aires | 2 (3) | 38 | 4 | — | 14 | 58 (3) |
| » Santa Fe | 2 (2) | (52) | — | — | 2 | 4 (54) |
| » Córdoba | — (1) | 5 (41) | (8) | — | 2 | 7 (50) |
| » E. Ríos | 1 (2) | — | — | — | 1 | 2 (2) |
| » Tucumán | — (2) | 2 | — | — | — | 2 (2) |
| » Mendoza | 1 | — | — | — | 1 | 2 |
| » Sgo. del Estero | 1 | — | — | — | — | 1 |
| » Salta | 1 | 2 | — | — | 1 | 4 |
| » Jujuy | (5) | — | — | — | — | — (5) |
| » San Juan | (5) | — | — | — | 1 | 1 (5) |
| » San Luis | 1 (1) | — | — | — | — | 1 (1) |
| » Catamarca | (2) | — | — | — | — | — (2) |
| » La Rioja | (1) | — | — | — | 1 | 1 (1) |
| » Corrientes | (2) | — | — | — | — | — (2) |
| Gobernación Misiones | 1 | — | — | — | — | 1 |
| » La Pampa | 1 | — | — | — | — | 1 |
| » Chaco | 2 | — | — | — | — | 2 |
| » Formosa | — | — | — | — | — | — |
| » Neuquén | — | — | — | — | — | — |
| » Río Negro | 1 | — | — | — | — | 1 |
| » Chubut | — | — | — | — | — | — |
| » Santa Cruz | — | — | — | — | — | — |
| » T. del Fuego | — | — | — | — | — | — |
| Totales | 19 (26) | 47 (93) | 11 (8) | 1 | 30 | 108 (127) |


O 93
‡ 236
O 102
‡ 400
O 250
‡ 893
‡ 46
O 58
‡ 168
‡ 300
O 40
‡ 85
O 37
‡ 267
O 260
‡ 1400
O 2019
‡ 1800
O 323
‡ 963
O 31
‡ 95
O 226
‡ 468
O 2545
‡ 3290
REFERENCIAS
O CAMAS
‡ MORTALIDAD
FALTAN DATOS DE LAS GOBERNACIONES

## REORDENAMIENTO DE LOS HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS

Dentro de los conceptos universalmente reconocidos y aceptados, se admite que el contagio de la tuberculosis se hace sobre todo en la primera infancia y que los enfermos bacilíferos constituyen, principalmente, la más importante fuente de infección.

La eventualidad primera, obliga, dentro de un plan orgánico de lucha antituberculosa, a medidas de orden preventivo-médico-social de las que nos ocupamos con toda detención en el capítulo anterior.

El enfermo bacilífero obliga dentro del mismo orden de cosas a su aislamiento y a su curación.

Esta labor de asistencia poseerá, como instrumentos de acción, organismos técnicos y sociales, constituídos los primeros por: sanatorios, hospitales y colonias talleres, donde se efectuará la asistencia de los enfermos y se vigilará su orientación ulterior. Los segundos por un servicio social completo que ,anexo a los anteriores, se ocupará además, de planificar los centros de recuperación y readaptación social y familiar.

Estos aspectos de la parte asistencial de la lucha, fundan su existencia en la clasificación estricta de los enfermos, en relación al grado y momento evolutivo de su enfermedad. De dicha clasificación y de la necesidad de aislarlos, en correspondencia al momento más o menos avanzado de su proceso, surge la necesidad de organismos asistenciales diferentes, los que, para su mejor identificación, se clasifican en Sanatorios, Hospitales y Colonias Talleres.

*El Sanatorio:* es para los enfermos incipientes y todos aquellos que muestren grandes probabilidades de cura. Tienen servicio de maternidad para madres tuberculosas, salas de aislamiento para los lactantes sanos y están dotados de todos los elementos clínicos y quirúrgicos para el total tratamiento del proceso causal.

*El Hospital:* se reserva para los enfermos agudos, graves, altamente contagiosos, cuyas probabilidades de cura son precarias y su asistencia es eminentemente clínica.

*Las Colonias Talleres:* son para los enfermos crónicos, contagiosos, estabilizados, que puedan dedicarse a tareas en talleres y granjas y quedan allí, para su cuidado, por ser peligrosa su vuelta al seno de la familia.

Este ideal, de separar a los enfermos, según el momento de la evolución de su enfermedad, si bien será posible en ciertos lugares del país, no podrá hacerse sistemáticamente en todos.

Ceñirnos en forma estricta a las definiciones anteriores y promover en cada caso a la creación de organismos como los definidos, resultaría muchas veces antieconómico y correríamos el riesgo de

hacer fracasar la mejor parte de la obra que el presente plan propicia.

Hay lugares del país, numerosos por otra parte, donde un solo establecimienteo deberá organizarse en forma tal que cumpla las funciones de sanatorio, hospital y taller, y también la de dispensario cuando el número de sus habitantes y su forma de agruparse, así como la extensión del territorio bajo su influencia, lo permitan y aconsejen.

Esto nos lleva aún más allá: el dispensario, cuyas funciones definimos concretamente en el capítulo anterior y al que adjudicamos labor eminentemente profiláctica, deberá tener en ciertas y determinadas regiones un pequeño número de camas anexas (hasta diez) cuando esté muy alejado de los centros poblados y los medios de comunicación sean difíciles. Esas camas le permitirán realizar una acción asistencial y de clasificación, a los efectos de fijarles ulterior destino en los establecimientos específicamente destinados a su tratamiento.

*Sanatorio Hospital*: lo antedicho nos lleva naturalmente a la creación de un organismo mixto, el Sanatorio-Hospital, cuyas funciones las define la denominación adoptada. En último término, sosteniendo que el enfermo debe tratarse en el lugar donde se enferma y a los efectos de evitar esa migración perjudicial para el individuo y la familia a que pertenece, la Secretaría de Salud Pública gestionará la creación de:

*Anexos Tisiológicos*: en todos los hospitales nacionales, provinciales y municipales, cuando los índices de morbiletalidad locales o la escasa densidad de población, no justifiquen crear un organismo asistencial específico. Asimismo, gestionará en las maternidades la asistencia en local aparte de las embarazadas tuberculosas.

Con respecto a las objeciones que esta orientación pueda provocar, es útil que recordemos que en países muy avanzados en su lucha contra esta enfermedad, como Holanda, por ejemplo, no existen hospitales de tuberculosos; estos se asisten e internan en hospitales de medicina general, con los recaudos higiénicos de rigor.

Los organismos técnico-asistenciales definidos, deberán ser provistos, además de los servicios generales y especializados, proporcionándolos a las necesidades de la población hospitalaria, de talleres de oficios diversos y ocasionalmente de granjas, dado que si bien el reposo es íntegramente del trípode terapéutico de la tuberculosis, eso no quiere decir que el trabajo no tenga indicaciones de orden específicamente médico. Fuera de las ventajas en los casos de indicación precisa, el trabajo, bien regulado y vigilado, permitirá al enfermo volver a adquirir progresivamente y sin perjuicio para él su vida habitual.

El reordenamiento de los hospitales para tuberculosos, pondrá una vez más en evidencia la orfandad de recursos con que hasta el presente han contado los gestores de la lucha en nuestro país.

El clamor de todas las horas y la falta de camas, han suscitado reflexiones y sugerencias de índole diversa para solucionar el problema.

El Plan Quinquenal se hace eco de muchas de ellas y propone un ordenamiento racional, brindando los recursos del Estado para el logro del fin propuesto.

En el capítulo anterior dijimos de la necesidad de la acción preventiva para descubrir las fuentes de contagio, y de examinar para ello, además de los enfermos y sus familiares, a los convivientes y contactos. Pero inmediatamente surge el tremendo problema de dar colocación a los contagiosos que se descubren, y tratamiento a todos aquellos que lo exijan. Ahora bien, para poder cumplir debidamente con esa parte, que es fundamental, debe el país tener no sólo el número suficiente de camas para los enfermos que las necesiten, sino también, establecimientos para los hijos sanos de esos enfermos, (Preventorios, casas-cuna, jardines de infantes, etc.), asi como lugares de colocación para aquellos enfermos que vayan recuperando su salud, y que gracias al entrenamiento en talleres, granjas, etc. puedan readaptarse parcial o completamente. Este último aspecto de la lucha, debe ser resuelto desde el punto de vista social, teniendo presente al enfermo y a la colectividad; y también desde el punto de vista económico, puesto que al contemplar la rehabilitación del enfermo, se evitará que éste sufra moralmente, haciéndole comprender que se busca ayudarlo pero no eximirlo de sus obligaciones con la familia y la sociedad; así seguirá sintiéndose útil como elemento productor y activo de la misma.

El balance del número de camas con que cuenta el país, está muy lejos de las verdaderas necesidades. Además de ser insuficientes, están mal distribuídas, lo cual contribuye a disminuir su eficacia. De ahí que esta Secretaría de Salud Pública, frente a la responsabilidad que significa el problema, necesita que los poderes públicos lo conozcan y participen conscientemente de esas inquietudes, facilitando los medios necesarios para crear y para redistribuir los diferentes establecimientos en forma científica y armónica, en relación a los índices de mortalidad y morbilidad de cada región.

Si bien nuestras estadísticas son insuficientes, las cifras aproximadas, teniendo en cuenta la mortalidad por tuberculosis, y los catastros hechos en grandes núcleos de población, dicen que el país necesita urgentemente llegar como mínimun a tener 20.000 plazas dedicadas a la lucha contra la enfermedad en sus distintos momentos. Debe tenerse por lo menos una cama por cada muerte por tuberculosis (el ideal sería llegar como en Dinamarca y Alemania a sobre-

pasar ese índice); mientras tanto y de acuerdo a nuestras posibilidades y cálculos, por lo menos debemos equilibrar el número de camas con el número de fallecidos por tuberculosis en sus diferentes formas..

Necesitamos «construir» de 10 a 12 mil camas. Necesitamos que esas camas se hallen distribuídas en relación al índice de mortalidad en todas las provincias y todos los territorios, en la cantidad suficiente para cubrir sus necesidades, para evitar que los tuberculosos del país peregrinen con su enfermedad hacia la Capital Federal o hacia los hospitales y sanatorios de Córdoba. Es necesario solucionar este serio problema; porque desarraiga a los enfermos de su medio familiar por un lado, por otro porque los gastos se multiplican y por último esas personas en general, se deciden a dejar su residencia en período grave, cuando todos los tratamientos fracasan. Lógicamente debe pensarse que el resultado hubiera sido distinto, de existir en el lugar un establecimiento adecuado para poderlos asistir en el comienzo de su mal.

Mientras no contemos con el número de plazas suficientes, será inútil obligar a hacer la declaración obligatoria de los enfermos tuberculosos, pues si a ello no le sigue la adopción de medidas útiles para la sociedad, tal recurso carece de finalidad provechosa y es lógicamente resistido.

En síntesis: los propósitos del reordenamiento de los hospitales, tienden a satisfacer una sentida necesidad dentro de la planificación de la lucha. Facilitará la rápida precoz atención del tuberculoso en su lugar de residencia. Acudirá en ayuda de su hogar para que el enfermo, sabiendo que su mujer e hijos serán amparados en su período de incapacidad, no se obstine en trabajar hasta el límite de su resistencia orgánica. Propenderá a que en los organismos asistenciales no se brinde solamente acertado tratamiento médico, sino cierto «confort» que haga grata la permanencia durante el tiempo que la enfermedad requiera, y por último, hará posible la adquisición de un nuevo oficio, el que será graduado, en su aprendizaje y desempeño, por personal especializado en reeducación. Etapa a partir de la cual puede una vez curado o mejorado, retornar al seno de su familia o seguir en funciones en los organismos dependientes de los centros de recuperación.

## CENTRO TECNICO-SOCIAL DE INVESTIGACION Y PLANIFICACION DE LA LUCHA

Para el buen manejo de los instrumentos técnicos de profilaxis y asistencia, es necesario poder disponer de un cuerpo técnico netamente especializado.

Se necesita para ello un organismo formador que a manera de núcleo rector, estará representado por el centro técnico social de investigación y planificación de la lucha.

Sería el orientador responsable y vigilante en los problemas de investigación epidemiológica, estadísticos, terapéuticos, higiénicos y de patalogía experimental.

Los estudios realizados hasta la fecha en nuestro país, a pesar de su indudable valor, no han adquirido suficiente importancia, debido al hecho de ser producidos por núcleos aislados o por no seguir una orientación bien determinada.

A este centro técnico-social de investigación y planificación de la lucha, le corresponderá uniformar criterios de asistencia, de censo de la tuberculosis, y de la formación técnica del personal médico y auxiliar de todas las dependencias de la lucha; dispondrá la forma más eficaz para conseguir el máximun de perfección en el funcionamiento de los organismos asistenciales, en la profilaxis, y en la orientación de las curas de trabajo, de rehabilitación y readaptación. Controlará igualmente la organización y marcha del servicio social. En él se estudiarán los problemas de higiene, alimentación, vivienda, etc. vinculados al problema de la tuberculosis, asesorado por los organismos correspondientes (Instituto de la Nutrición, de Higiene del Trabajo, etc.).

Para llenar cumplidamente estos propósitos, deberá contar con laboratorios de investigación, formará el personal técnico y técnicos auxiliares y llevará *la estadística* de la tuberculosis de todo el país.

*Laboratorios de investigaciones tisiológicas*: Estos laboratorios se ocuparán del estudio científico, bacteriológico y anatomo-patológico de la enfermedad, en su diferentes aspectos: humano, experimental y terapéutico, orientado siempre en la búsqueda afanosa de los mejores medios de identificación y de cura de la enfermedad. Tocará los problemas de higiene social, que como hemos dicho repetidamente en otras partes, son, todavía hoy, frente a esta enfermedad, epidémica, problemas de masa, problemas sociales que surgen de los postulados de Pasteur y de Koch «preservar la semilla» dice el primero, es decir la infancia y «evitarlo con el aislamiento de los enfermos contagiosos» según aconseja el segundo.

La puesta en marcha de esos postulados por intermedio del Servicio Social, trae a la consideración de la higiene, el núcleo alrededor del cual giran y de donde nacen los motivos más importantes de esta enfermedad. Estas encuestas, producidas por los laboratorios de higiene social, muestran a las claras la tendencia ascendente, estacionaria o descendente de la enfermedad tuberculosa, como obedeciendo a múltiples causas gravitatorias. Las dos últimas

conflagraciones por las que ha pasado la humanidad, han mostrado con evidencia abrumadora la forma cómo influyen en el índice de morbilidad y mortalidad tuberculosa, la vivienda y la alimentación. En países muy civilizados, se observó que: paralelamente a la aparición de crisis de alojamiento, le siguieron ascensos en el índice de tuberculosis; al mejorar el alojamiento y empeorar la alimentación, el índice de tuberculosis se elevó en forma impresionante.

Podríamos resumir los factores que influyen favorablemente sobre la morbilidad y la mortalidad tuberculosa en los siguientes: aumento de bienestar, progreso general de la civilización, instrucción, limpieza, alojamiento adecuado y alimentación suficiente.

La higiene social al estudiar los problemas de la vivienda, del trabajo y de la alimentación, es la encargada de dar a las autoridades sanitarias y a los poderes públicos, el estado actual de esos problemas en el país y sugerir así científicamente los medios más apropiados para su solución.

*Estadística de todo el país*: Es urgente establecer en forma precisa, el índice de mortalidad y morbilidad por tuberculosis en el país; las cifras actuales son insuficientes, y están mal recogidas por falta de un organismo específicamente dedicado a dicha tarea. Además de ser incompletas, carecen de la discriminación acerca del lugar de origen de los enfermos o fallecidos, cosa importante que nos permitiría ajustar los actuales índices de morbi-mortalidad de cada región. No nos permiten en el momento actual conocer el estudio evolutivo y el predominio de las formas clínicas en las diferentes zonas del país, entreviendo así el grado de tuberculización alcanzado por las mismas.

*Censo de la tuberculosis*: Por medio del catastro y del examen sistemático de la población supuesta sana, se tendrán las bases para toda nueva iniciativa ya sea en el aumento, en la disminución o redistribución de los diferentes elementos de la lucha, adecuándolos con justeza a los distintos momentos de la misma.

Servirán los índices epidemiológicos de cada zona, para llevar en proporción adecuada y sin superposiciones, como sucede actualmente, los elementos de lucha necesarios.

*Docencia*: Creado el instrumento, su rendimiento estará en íntima relación con la capacidad del personal que lo maneje.

El enemigo es tenaz y difícil de dominar, la lucha debe ser profunda, extensa e intensa, sino para suprimirlo, por lo menos para detenerlo.

El personal, tanto médico como auxiliar (visitadoras, asistentes, enfermeros, etc.) deberá tener conciencia del alto espíritu de su misión, además de excelente preparación científica y gran sentido de colaboración y sacrificio. A los efectos de configurar ese

ideal, el Centro Técnico Científico creará escuelas y organizará cursos de formación y perfeccionamiento, obligatorios para todo el personal de la lucha, facilitando mediante la creación de becas internas y otros medios, la concurrencia a los mismos del personal que lo constituye. Será éste el único procedimiento capaz de rendir en breve tiempo los resultados apetecibles, vale decir, un personal técnico médico y auxiliar netamente especializado, consciente de su función en el medio social en que actúa, con el espíritu de perfeccionamiento y el dinamismo y plasticidad que en otra forma sería difícil alcanzar.

*Curas de trabajo y readaptación*: Sentaremos aquí en líneas generales, las bases de un problema de urgente solución y primordial importancia para completar la eficacia del plan quinquenal de la tuberculosis.

No debemos hacernos ilusiones con respecto a una solución acertada, integral y económicamente halagüeña del asunto.

Debemos partir del concepto de que solamente del 2 al 4 % de los enfermos recuperados, son susceptibles de emplearse en estos organismos de recuperación que costarán al Estado cuatro veces más que los empleados sanos, al ocuparlos en sanatorios, hospitales y servicios domiciliarios de atención de la tuberculosis. Estas personas que habríanse inactivado en sus manifestaciones de enfermedad, no podrían trabajar al lado de niños ni de enfermos avanzados.

Si bien los talleres urbanos podrían colocar a algunos tuberculosos readaptados, su rendimiento material les impidiría obtener una remuneración igual a la de sus compañeros sanos, por lo que el Estado se obligaría a efectuar compensaciones de salarios, con resultado a todas luces oneroso.

A los efectos de resolver esta espinosa cuestión con un criterio médico y social, se crearán, dependiendo del servicio social, organismos de «orientación, tutelaje y vigilancia del enfermo tuberculoso».

Se le proveerá de bases jurídicas y médicas, que le permitan gestionar la modificación de las leyes de trabajo, a fin de contemplar la especial situación del enfermo curado.

Por intermedio de la Secretaría de Salud Pública, dispondrá los medios de realizar la reeducación y rehabilitación del tuberculoso curado y del tuberculoso crónico estabilizado, como complemento de la fase médica asistencial.

Crearánse a esos efectos, los centros de reeducación y rehabitación en todos los sanatorios y colonias destinados al tratamiento del tuberculoso, centros que tendrán el carácter de talleres o granjas, donde se les impartirá enseñanza teórica y práctica de las profesiones u oficios más adecuados. Cumplido el aprendizaje y al lo-

grar el enfermo cierto grado de rendimiento, deberá recibir remuneración proporcional al mismo.

A los tuberculosos crónicos estabilizados, se le internará en colonias con talleres y granjas, donde puedan realizar trabajos apropiados, vigilados en la gradación del mismo por médicos especialistas, y remunerados en proporción a su posibilidad física.

A los curados readaptados y reabilitados que puedan obtener por su cuenta trabajo remunerativo independiente, se les ocupará en talleres creados exprofeso en los centros urbanos, recibiendo un salario adecuado y proporcianal a la tarea que realicen.

En cuanto a los curados restantes, el centro de tutelaje y orientación los colocará en talleres diversos, en condiciones especiales de legislación y bajo constante asistencia médica y social.

Este centro solucionará el problema personal y familiar del enfermo, en caso de recaída de su enfermedad.

Establecerá las diferentes categorías de internados y semi-internados que, durmiendo en su domicilio, pasan todo el día en el centro de recuperación para su trabajo, reposo, vigilancia médica y alimentación; y de los externos, que realizan solamente el trabajo en el centro citado.

El Estado, al efectuar estas creaciones debe hacerlo convencido de la imposibilidad de obtener de ellas ningún beneficio monetario, y sí, de que las mismas costarán al erario público, ingentes sumas, obteniendo como única compensación el hecho de permitir al enfermo volver a ser útil a él mismo y a la sociedad.

La producción de estos talleres se orientará en primer lugar a satisfacer las necesidades de las mismas instituciones hospitalarias que las cobijan, colocando el excedente entre el público, previa esterilización para evitar contagios.

Estos organismos dependerán en sus directivas generales, del centro técnico social de investigaciones y planificación de lucha, donde se coordinará la labor de los diferentes sectores de la misma.

Así armonizados, con buenos datos estadísticos, con un buen organismo de higene social, contando con instalaciones de laboratorio y con personal médico y auxiliar homogéneo y eficiente, podrá el centro técnico social, ampliar el plan nacional antituberculoso, unificar las ideas y métodos de tratamientos, orientando los esfuerzos económicos de las autoridades para el mejor logro del fin propuesto.

## DIFUSION Y EDUCACION SANITARIA

La difusión y educación sanitaria son los principales agentes que intervienen en la formación de la conciencia sanitaria del pueblo; sin ésta, será imposible implantar la Medicina Preventiva, base fundamental de la lucha antituberculosa.

La conciencia sanitaria deberá inculcarse al niño, desde la la edad pre-escolar, en los jardines de infantes y en todas las obras de protección dedicadas a él.

La escuela será el foco desde donde se irradie la cultura sanitaria, y el maestro, su agente ejecutivo. Son los maestros profesionales disciplinados, que se prestan a la adquisición y trasmisión de conocimientos; su técnica pedagógica los habilita para realizar una verdadera campaña de difusión y educación sanitaria.

Será indispensable también, aprovechar la existencia de los maestros médicos, que aparte de otras funciones que tendrán en la medicina, escolar, podrán formar a su alrededor núcleos de maestros capacitados para difundir los preceptos fundamentales de la higiene. La obra que ellos pueden desarrollar por su doble capacidad como docentes y médicos, organizando cursos en las distintas zonas del país y dedicando especial atención a los problemas sanitarios regionales, será de un valor extraordinario.

Son los maestros, en colaboración con los trabajadores sociales, los que formarán la conciencia sanitaria del niño en la escuela, y este será su agente en el hogar.

Habrá que tener en cuenta que un alto porcentaje de niños, especialmente en el interior del país, no concurren a la escuela; en estos casos es aún más valiosa la acción del maestro y del trabajador social, que deberán llegar al seno de la familia para investigar las causas de no concurrencia del niño, tratando de resolver sus problemas y haciendo al mismo tiempo difusión sanitaria.

Se deberá estimular con designaciones, a los maestros que sigan cursos especializados de higiene, enfermería, samaritanas, etc.

La acción de educación sanitaria debe seguir luego, en la enseñanza secundaria y universitaria, dándole toda la importancia que tiene, y si bien esta es limitada a un sector relativamente reducido de la población, debemos pensar que ellos serán los técnicos del mañana.

Habrá que unificar los programas de estudio, y dar en ellos a la higiene toda la extensión que merece, coordinando al mismo tiempo la acción de la Secretaría de Salud Pública con el Consejo Nacional de Educación, Ministerio de Instrucción Pública y Secretaría de Trabajo y Previsión.

La cooperación de las autoridades militares durante la época de la conscripción es de suma importancia. Un buen número de conscriptos llegan hoy día a las filas sin haber estado en la escuela primaria o bien su paso ha sido fugaz; es hacia ellos especialmente que se debe dirigir la acción de educación sanitária.

La Secretaría de Salud Pública de la Nación, prestará toda su colaboración al Ministerio de Guerra, para que en el curso del

año militar se forme en el conscripto una sólida conciencia sanitaria.

La misma colaboración deberá prestar a la Secretaría de Trabajo y Previsión, para organizar cursos, conferencias ilustradas, publicaciones, etc., entre los afiliados de esa Secretaría, ya que ellos y sus familiares representan actualmente más de los dos tercios de la población del país. Será la obra complementaria que consolidará la conciencia que comenzó en la niñez.

## PRINCIPIOS BASICOS A DIFUNDIR ENTRE MEDICOS Y PROFANOS

1) Que el 1 al 2 % de la población aparentemente sana, tiene lesiones tuberculosas activas.

En la sanidad militar en 1934, por medio del catastro-radiográfico panorámico y posteriormente en 1937, Abreu, en el Brasil, con su método radiofotográfico, pusieron en evidencia que un número apreciable de personas, cuyo porcentaje varía entre el 1 al 2 %, según las edades, profesiones y medios de vida, se encuentran afectadas de tuberculosis pulmonar, no sospechando las mismas la existencia de su afección, en unos casos por ser la sintomatología nula o tan pobre que no se toma en cuenta, y en otros por darle una interpretación equivocada, estados catarrales, tos del fumador, etc.

Por ello es necesario que tanto el médico como el profano, tengan muy en cuenta, que los resultados lejanos del tratamiento de los enfermos con lesiones avanzadas, es en extremo desfavorable; mientras que un diagnóstico precoz asegura una rápida curación.

La lesión tuberculosa, inaparente a los medios usuales de diagnóstico, que descubre la radiofotografía en personas supuestas sanas por medio del exámen periódico, mucho tiempo antes que dé lugar a síntomas morbosos, permite que aquellas se curen en la gran mayoría de los casos y en breve tiempo, pudiendo el enfermo hacer el tratamiento ambulatoriamente o en su propia casa.

2) Combatir el miedo al contagio

A) Entre el pueblo.

B) Entre los médicos.

C) Entre las autoridades, para que permitan habilitar pabellones para tuberculosos en los hospitales generales.

D) En las escuelas primarias, secundarias y especializadas.

E) En las Universidades.
F) En las fábricas-talleres.
G) En las organizaciones armadas.

En la profilaxis de la tuberculosis, desempeñarán también un papel preponderante los técnicos de Salud Pública, desde todos sus organismos preventivos y asistenciales.

Se hará difusión y educación sanitaria para el sano, en las maternidades, en los centros materno-infantiles, dispensarios de niños y obras de protección del mismo, centros de salud y dispensarios.

Gran importancia tiene la difusión y educación sanitaria en el enfermo baciloso y en sus familiares; esa será la obra del médico y visitadoras del dispensario y de los centros asistenciales.

La Secretaría de Salud Pública utilizará todos los medios para llevar a cabo la campaña y difusión sanitaria. Las conferencias, la radio, el cine, la propaganda postal, los afiches, las cartillas sanitarias, etc., serán los medios directos para llevar al grueso de la población.

Para los médicos, se dictarán cursos de graduados, se organizarán congresos sobre temas de salud pública y entre los profesionales del interior, se organizarán encuestas sobre los problemas sanitarios regionales.

a) Se deberá inculcar a la masa de la población las medidas de higiene necesarias para saber precaverse del contagio de la tuberculosis. Si bien es cierto que un tuberculoso proviene de otro enfermo de tuberculosis, ello se debe principalmente a que se ignoró al que estaba enfermo, o sabiéndolo no se tomaron las medidas adecuadas para evitar el contagio. Aislamiento y precauciones tienen más valor preventivo que el temor al contagio. La tuberculosis inaparente, que no determina la adopción de medidas precaucionales, al ser ignorada por el enfermo y el expuesto al contagio, es más peligrosa que la enfermedad diagnosticada que determina la adopción de medidas profilácticas. Conocimentos de la defensa contra el bacilo y no temor al contagio es lo que se debe inculcar.

   La población no debe temer que enfermos bacilosos sean internados en salas aisladas o en pabellones especiales de los hospitales comunes, pues aunque ellos tuviesen lesiones abiertas, el contagio directo de persona a persona no sería posible, estando en salas separadas y el contagio indirecto (expectoración, ropas, vajilla, etc.) tampoco sería factible aplicando elementales nociones de higiene.

b) Los médicos saben perfectamente, que cuando llegan al término de sus estudios universitarios, practicamente to-

dos ya han contraído la infección y que tomando las precauciones comunes, estarán a cubierto de una posible reinfección.

c) De lo expuesto en los dos puntos anteriores, se desprende que no hay inconveniente en que se internen enfermos bacilosos en los hospitales comunes, habilitando para ellos salas o pabellones independientes y siempre que se mantenga una rígida disciplina que evite la ambulación de los mismos en otras dependencias del hospital.

Las salas para tuberculosos en los hospitales comunes, deben ser reservadas exclusivamente para los enfermos con lesiones mínimas. Estos pacientes, descubiertos en su mayoría en los exámenes de salud y que curarán casi todos en breve plazo, no deben ser internados en las mismas salas donde haya bacilosos crónicos o graves, sino reservarles una sala en los hospitales generales.

3) Que los médicos generales no se desentiendan del tuberculoso que puede ser tratado perfectamente por ellos.

La Secretaría de Salud Pública de la Nación organizará en todos sus establecimientos para tuberculosos, dispensarios, hospitales y sanatorios, cursos prácticos a los que podrán concurrir todos los médicos que lo deseen, a fin de familiarizarse con el diagnostico y el tratamiento adecuado del enfermo baciloso.

En esta forma podrán los médicos generales prestar una eficiente colaboración en la lucha antituberculosa.

## PLAN DE CONSTRUCCIONES

Tenemos 10.000 camas. Necesitamos 10.000 más. Existen planes de construcción y fondos votados que suman $ 30.000.000 y esperan desde 1919 su ejecución.

Para resolver el problema, muchas han sido las soluciones propuestas, pero en realidad de verdad, poco es lo que se ha podido realizar.

Iniciamos una nueva y más feliz etapa en la lucha antituberculosa. Los recursos del Estado otrora esquivos, se brindan ampliamente para solucionar el plan de construciones.

Si pensamos en la cifra de 16.000 vidas que cuesta al año la tuberculosis, entre nosotros, en el capital humano que significan, y en el valor social que representan, estarán ampliamente justificados todos los recursos destinados a salvarlas, porque cualquiera sea su monto, será en difinitiva una enorme economía para la Nación.

Necesitamos sanatorios, hospitales y colonias, talleres, granjas y chacras para la rehabilitación y readatapción del tuberculoso.

Necesitamos dispensarios y equipos. Necesitamos personal técnico y técnico-auxiliar. Medios de transportes para los dispensarios móviles etc.

Pero el plan de construcciones es necesario ejecutarlo con un criterio uniforme, económico y racional.

Una vez concebido, necesitaremos refundir los fondos existentes y los futuros, con vías a una redistribución de acuerdo al nuevo plan.

La teorización del mismo, debe atenerse a las enseñanzas prácticas de nuestros antecesores y aprovechar la experiencia pasada para una distribución más armónica de las futuras construcciones.

Necesitamos para ello en forma impostergable el censo de los tuberculosos del país. Los índices de morbilidad mortalidad, de cada región, una vez descartados los movimientos migratorios de enfermos, nos darán la pauta de las verdaderas necesidades.

Calculamos necesitar, como mínimo, una plaza por cada muerto por año; decimos como mínimo, porque trataríamos de llegar en el futuro y en la medida de lo posible, a la proporción de dos camas por fallecidos de tuberculosis en cada región.

Para lograr cifras aproximadas y veraces, necesitamos multiplicar los dispensarios; poseemos en la actualidad 108 entre nacionales, municipales y privados, exclusivamente dedicados a la rama tuberculosis. Es aparentemente un número discreto, pero si observamos su emplazamiento caemos en la cuenta de que están desordenadamente distribuídos. Mientras existen superpuestos en algunos lugares, en extensísimas zonas del país faltan por completo. Las encuestas realizadas y visitas de inspecciones nos los han mostrado instalados en locales inadecuados, sin equipos abreugráficos, sin servicio social y con escasísimo personal técnico y auxiliar.

Su número debe estar en relación directa a la densidad de la población y deben construírse e instalarse en un todo de acuerdo con ella; clasificándolos en tres categorías en relación al número de habitantes que pueden atender (50 a 100.000 1.ª categoría, 25 a 50.000 2.ª categoría y 5 a 25.000 3.ª categoría). La categoría se establece en cuanto al número de habitantes que sirven, pero sus equipos técnicos son iguales lo mismo que sus funciones .

**Por el momento urge instalar un dispensario en cada capital de provincia y territorio.**

Sin los dispensarios, es decir, sin la higiene social, los hospitales podrán tratar eternamente a los tuberculosos y aun curándolos, jamás terminarán y ni aun disminuirán, en forma apreciable, los índices de morbi-mortalidad. Al respecto, el índice de mortalidad de Salta en 1934 fué de 291, en 1941, fué de 400. La industrialización, no seguida de las mejoras habituales, trae un


REFERENCIAS
NACIONALES
POLIVALENTES
MUNICIPALES
PROVINCIALES
PRIVADOS
SOCIEDAD DE BENEFICENCIA

aumento de la mortalidad tuberculosa. Salta posee para una población de 239.693 habitantes, 102 camas para tuberculosos; proporción que da una cama para cada cuatro muertos. Tiene además 4 dispensarios (uno nacional, dos provinciales y uno privado). Entre las provincias del noroeste, es ésta la de índice de mortalidad mayor, con respecto a Santiago del Estero, Jujuy y Tucumán. Convendría quizá elegirla como centro hospitalario más importante, de la zona, e intensificarla la obra de dispensario e higiene social, a los efectos de levantar el standard de vida (alojamiento. agua, etc.), única manera de terminar con el flagelo que representa la tuberculosis.

El plan que nos ocupa elegirá para iniciar su acción el noroeste argentino, y especialmente los territorios del sur, que carecen en absoluto de unidades dispensariales y hospitalarias.

Será conveniente que para obviar trámites dilatorios, este plan considere la posibilidad de efectuar en forma total y simultánea, la edificación y provisión de equipos de los organismos asistenciales y preventivos a instalar.

Será asimismo, tendencia de este plan, el edificar en la formas más económica posible, calculando cuanto más para 20 o 30 años de labor intensa, la buena conservación de los establecimientos construídos. Antes de presentar en forma esquemátiva la labor de construcciones a desarrollar en el próximo quinquenio y a los efectos de brindar al lector el conocimiento aproximado y actual de los organismos susceptibles de incorporarse a la lucha antituberculosa, describiremos a continuación:

1.° — El plan de Construciones ya aprobado y que sólo falta ejecutarse.

2.° — La lista de todos los establecimientos nacionales, municipales y privados existentes y que se dedican integralmente o en forma parcial, a la asistencia de tuberculosos en el país.

3.°: Labor a desarrollar en el quinquenio 1947-1951.

*Primero:*

Plan de contrucciones ya aprobadas y que sólo falta ejecutar (esperan desde 1919).

| | | camas | fondos ya votados |
|---|---|---|---|
| | *Provincia de Buenos Aires:* | | |
| 1 | Hospital en Manzanares (197 Hs.) ........ | 594 | $ 1.400.000 |
| 2 | » preventorio en Heavy (250 Hs.) .. | 400 | » 1.200.000 |
| 3 | Ley 12.815 -Centro de hospitalización (Lanús) .............................. | | $ 200.000 |

*Provincia de Córdoba:*

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4 | Ley 12.809 -hospital en las sierras y dispensario anexo en la capital de la prov.. | | » 6.000.000 |
| 5 | Ley 12.576 -sanatorio Santa María nuevos pabellones | | » 800.000 |
| 6 | Ley 12.576 -hospital Bell-Ville, construcción de dos pabellones | | $ 500.000 |
| 7 | Ampliación del Dgo. Funes con madres tuberculosas | | $ 1.790.000 |
| 8 | Pabellón de canillitas (Ley 12.815) | | » 200.000 |
| 9 | Santa Fe (62 Hs.) | 400 | » 1.400.000 |
| 10 | Santiago del Estero (10 Hs.) | | » 1.800.000 |
| 11 | Catamarca | 400 | » 1.400.000 |
| 12 | San Juan (Ley 12.576) | | » 100.000 |
| 13 | Pocitos (San Juan idem) | | » 80.000 |
| 14 | La Rioja (Ley 12.576) | | » 500.000 |
| 15 | Jujuy (Ley 12.815) | | » 200.000 |
| 16 a 25 | — pabellones anexos a los hospitales regionales $ 300.000 c/u. | | $ 3.000.000 |

*Segundo:*

De la Secretaría de Salud Pública, dependen directamente el Hospital Nacional Central con capacidad de 550 camas. Existe aprobado un proyecto ya planificado para llevarlo a 1.000 camas.

Además 5 dispensarios antituberculosos en la Capital Federal:

Dispensario Público Nacional de Vías Respiratorias Central.

Dispensario Público Nacional de Vías Respiratorias Zona Norte.

Dispensario Público Nacional de Vías Respiratorias Boca del Riachuelo.

Dispensario Público Nacional de Vías Respiratorias Nueva Pompeya.

Dispensario Público Nacional de Vías Respiratorias Zona Oeste.

Dos dispensarios antituberculosos que podrían denominarse suburbanos: uno ubicado en Lanús (Partido de 4 de Junio) y otro en la localidad de Caseros.

*Diez dispensarios distribuídos en provincias y territorios nacionales.*

Dispensario Nacional Antituberculoso de Rosario (Santa Fe).

Dispensario Nacional Antituberculoso de San Rafael (Mendoza).

Dispensario Nacional Antituberculoso de Concordia (Entre Ríos).

Dispensario Nacional Antituberculoso de Santiago del Estero (S. del E.).

Dispensario Nacional Antituberculoso de Roque Sáenz Peña (Chaco).

Dispensario Nacional Antituberculoso de Resistencia (Chaco).

Dispensario Nacional Antituberculoso de Posadas (Misiones).

Dispensario Nacional Antituberculoso de Santa Rosa (La Pampa).

Dispensario de Allen (Río Negro).

Dispensario Nacional Antituberculoso de San Luis (San Luis).

Existe un grupo de organismos, no incorporados aun a la lucha antituberculosa que atienden enfermos tuberculosos en forma parcial. Están vinculados a la Secretaría de Salud Pública por la División del Interior.

Hospital Común Regional de Bell Ville, camas para tuberculosos 30.

Hospital Colonia Regional mixta de Oliva, camas para ambos sexos 157.

Hospital Común Regional de Río Cuarto, camas adicionales.

Hospital Común «Dr. Jaime Ferré» (Rafaela) camas adicionales.

Hospital Común Regional de Añatuya (S. del Estero) camas para tuberculosos 10.

Hospital Común Regional de Frias (S. del Estero) camas adicionales.

Hospital Común Regional de Resistencia (Chaco) camas para tuberculosos 9.

Hospital Común Regional Andino de La Rioja (V. de la Plaza) camas 40.

Hospital Común Regional de Posadas (Misiones) camas para tuberculosos 40.

Hospital Común Regional de Santa Rosa (La Pampa) camas adicionales para tuberculosos 10.

Hospital Común Regional de Allen (Río Negro) camas para tuberculosos 11.

Hospital Común Regional de Río Gallegos (S. Cruz) camas para tuberculosos 10.

Colonia Nacional de Alienados «Dr. Dgo. Cabred» Open Door (Prov. de Buenos Aires) 95.

Hogar Colonia Regional Mixto de Retardados Torres (Prov. de Buenos Aires) 95.

Hospital Común Regional del Litoral «Justo José de Urquiza», C. del Uruguay (Prov. de Entre Ríos) camas adicionales.

Dispensario Público Nacional Polivalente Azul (Prov. de Bs. Aires).

Dispensario Público Nacional Polivalente Tolosa (Prov. Buenos Aires).

Dispensario Público Nacional Polivalente Berisso (Prov. de Buenos Aires).

Dispensario Público Nacional Antituberculoso de Santa Fe (Prov. de Santa Fe).

Dispensario Público Nacional Polivalente Rosario (Santa Fe).

Dispensario Público Nacional Polivalente Concordia (Entre Ríos).

Dispensario Público Nacional Polivalente Gualeguaychú (Entre Ríos).

Dispensario Público Nacional Polivalente Corrientes (Prov. de Corrientes).

Dispensario Público Nacional Polivalente G. Virasoro (Corrientes).

Dispensario Público Nacional Polivalente Las Varillas (Córdoba).

Dispensario Público Nacional Polivalente Anchorena (San Luis).

Dispensario Público Nacional Polivalente Aguilares (Tucumán).

Dispensario Público Nacional Polivalente San Pedro (Tucumán).

Dispensario Público Nacional Polivalente Albardón (San Juan).

Dispensario Público Nacional Polivalente Pocito (San Juan).

Dispensario Público Nacional Polivalente Ledesma (Jujuy).

Dispensario Público Nacional Polivalente Tilcara (Jujuy).

Dispensario Público Nacional Polivalente Jujuy (Jujuy).

Dispensario Público Nacional Polivalente Chilecito (La Rioja).

Dispensario Público Nacional Polivalente Catamarca (Catamarca).

Dispensario Público Nacional Andalgalá (Catamarca).

Dispensario Público Nacional Salta (Salta).

Dispensario Público Nacional San Juan (San Juan).

Dispensario Público Nacional Jachal (San Juan).

Dispensario Público Nacional Desamparados (San Juan).

*Establecimientos existentes en la Capital Federal*

Elementos pertenecientes a la Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires:

Tres hospitales especializados, Muñiz, Tornú y Santojanni,

Siete Dispensario de Vías Respiratorias; la zona de influencia y las tareas correspondientes al Dispensario N.ª 8, son efectuados por el Dispensario de la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis;

Un Preventorio para niños, hijos de padres tuberculosos:

Elementos de la Sociedad de Beneficencia de la Capital:

Dispensario Antituberculoso del Hospital Sanatorio de Llanura (Patagones 841).

Hospital Vicente López y Planes en General Rodríguez, 837 camas.

Sanatorio Marítimo en Mar del Plata, 205 camas.
Solarium en Mar del Plata. 105 camas.

*Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis, dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas posee*:
Dispensario Antituberculoso.
Centro de Profilaxis Universitaria.
Centro de Salud (Proyectado).
Pabellón para internación de enfermas tuberculosas, capacidad 212 camas.

*Elementos de la Liga Argentina contra la Tuberculosis*:
Dispensario Guillermo Rawson.
Dispensario «Emilio Coni».
Hospital en construcción en la Capital Federal (sin habilitar).
Hogar «Elordi», para hijos de tuberculosos —Banfield— Pcia. de Buenos Aires.

*Liga Israelita Argentina contra la Tuberculosis*:
Dispensario en la Capital Federal.
Casa de Descanso en Unquillo, Pcia. de Córdoba.

*Servicios Médicos de la Mutualidad del Magisterio*:
Dispensario en la Capital Federal.
Sanatorio en Merlo, Pcia. de Buenos Aires, capacidad 40 camas.
Dispensario de la Mutualidad del Ministerio de Justicia e Instruccin Pública.

*Liga Antituberculosa de los empleados del F. C. C. Árgentino*:
Dirección General de ayuda al empleado ferroviario.
Dispensario en la Capital Federal.
Sanatorio en la Provincia de Córdoba.
Dispensario de la Dirección de Correos y Telecomunicaciones.

*Elementos de lucha antituberculosa existentes en las Provincias y Territorios Nacionales — Hospitales — Dispensarios — Salas de Primeros Auxilios*

*Provincia de Buenos Aires*

Dependencias del consejo de lucha antituberculosa de la Provincia:

*Centros de Profilaxis y Tratamiento*: denominados Pabellones «Standard» en número de 27 con capacidad de 32 camas para ambos sexos cada uno y Dispensario Antituberculoso anexo en: Azul— Bolívar— Bragado— Carlos Casares— Coronel Vidal— Chivilcoy— Gral. Belgrano— Gral. Lamadrid— Gral. Pinto— Guaminí— Junín— Laprida— Lincoln— Lobería— Lobos— Marcelino Ugarte— Maipú— Miramar— Necochea— Nueve de Julio— Olavarría— Pehuajó— Pigüe— Torquinst-— Tres Arroyos— Vicente López— Saladillo.

*Preventorios para niños,* con formas clínicas no contagiosas ni febriles, con capacidad para 32 internados cada uno y Dispensario de las Vías Respiratorias anexos en Coronel Suárez y Puán.

*Dispensarios* pertenecientes a las comisiones auxiliares locales del consejo de lucha antituberculosa de las Provincias en: Azul, Castelli, Chascomús, Campana, General Villegas, Bahía Blanca, San Antonio de Areco, San Andrés de Giles, General Pte. F. Uriburu, Mercedes y Patagones.

*Instituciones Privadas* subvencionadas por el consejo de lucha antituberculosa y que funcionan bajo su dirección técnica:

Liga Popular contra la Tuberculosis de la Provincia de Buenos Aires con los Dispensarios: Central «Susana Aráoz Alfaro de Guglielmetti», en La Plata.

«Juan F. Tettamanti» en Berisso— La Plata.

«Gregorio Aráoz Alfaro» en Gerli— Avellaneda.

«Justo V. Garab» en Temperley y Lomas de Zamora.

Preventorio «Dr. Cayetano y Pepe» en Hernández (La Plata), con una capacidad para 70 internados.

Dispensario Municipal de San Fernando.

Dispensario de la Liga Popular contra la Tuberculosis —Las Flores.

Asociación de Damas Pro-Ayuda Social de Avellaneda.

*Establecimientos dependientes de la Dirección General de Higiene*:

Hospital Policlínico de Bahía Blanca, Pabellón de 100 camas.

Hospital Sanatorio de Llanura de Pergamino, capacidad 304 camas.

Hospital de Infecciosos de San Nicolás, capacidad 54 camas.

Hospital San Juan de Dios, La Plata, capacidad 324 camas.

*Instituciones que se dedican a la Lucha Antituberculosa en la Provincia de Buenos Aires*

Dispensario Municipal de Alberti.

Liga Antituberculosa de Lanús.

Dispensario Hospital Fiorito, Avellaneda.

Dispensario Leandro N. Alem, Vedia.

Liga Marplatense contra la Tuberculosis.

Consultorio de Vías Respiratorias Municipal, Merlo.

Consultorio de Vías Respiratorias Municipal, Moreno.

Dispensario Vías Respiratorias— Liga contra la Tuberculosis, de Olavarría.

Dispensario Sociedad de Beneficencia, Hospital de Quilmes.

Consultorio externo, Hospital «José María Garmendio», Ramallo.

Dispensario Enfermedades Vías Respiratorias, Beccar, San Isidro.

Dispensario Enfermedades Vías Respiratorias Cruz Roja Argentina, Tandil.

*Provincia de Santa Fe*

Establecimientos dependientes de la Provincia, Municipalidades y privada.

*Ciudad de Santa Fe.*

Hospital Central «J. B. Iturraspe» Boulevard Pellegrini y Av. Ferreyra dependiente del Departamento de Salud Pública, capacidad 100 camas para hombres y mujeres.

Consultorio Médico Modelo — Privado — Boulevard Pellegrini 2813.

Clínica de Enfermedades Vías Respiratorias, calle Italia y Ayacucho, Doctores Stringhini y Octavio Russo.

*Ciudad de Rosario.*

Centro Antituberculoso — Olivé 1151 — Director Dr. Justo López Bonilla (h.); dependiente del Departamento de Salud Pública.

Hospital Intendente Carrasco — 9 de Julio 1400. — capacidad 111 camas, Director Dr. E. Mainé Cúneo.

Liga Argentina Empleados F. C. C. A. — Catamarca 3790. — capacidad 10 camas. Director Dr. José B. Bacigalupo.

Liga Argentina contra la Tuberculosis (Privado).

Sanatorio «Dr. Enrique Tornú» (mujeres) Arijón y San Martín, capacidad 30 camas.

Sanatorio «Dr. Jorge Raúl Rodríguez» Godoy Prov. Unidas, capacidad 40 camas.

Sanatorio «Dr. Emilio Coni» Buenos Aires 2155, capacidad 70 camas.

Dispensario «Dr. Cornelio Casablanca» Boulevard Avellaneda 330.

Dispensario «Dr. Gregorio Aráoz Alfaro» Córdoba 3718.

*Rafaela.*

Centro Antituberculoso rural, capacidad 20 camas. Director Dr. Luis N. Barreiro.

Aparte de estos establecimientos, la Provincia posee Dispensarios de tipo polivalente creados por la Ley N.° 2858 en los cuales también se asisten enfermos de tuberculosis, se hallan ubicados en:

| *Localidad* | *Departamento* |
|---|---|
| Barrancas | S. Jerónimo |
| Ceres | S. Cristóbal |
| Clarke | Iriondo |
| Díaz | S. Jerónimo |
| Gálvez | S. Jerónimo |
| Florencia | Gral. Obligado |

| | |
|---|---|
| Barabato | Vera |
| Intiyaco | Vera |
| La Gallareta | Vera |
| Laguna Paiva | Capital |
| Lanteri | Obligado |
| La Pelada | Las Colonias |
| Malabrigo | Gral. Obligado |
| Margarita. | Vera |
| P. Gaboto | S. Jerónimo |
| Roldán | S. Lorenzo |
| Romang | S. Javier |
| S. Clara de Buena Vista | Las Colonias |
| Santo Tomé | Capital |
| Sarmiento | Las Colonias |
| Serodino | Iriondo |
| Sunchales | Castellanos |
| Tartagal | Gral. Obligado |
| Tostado | 9 de Julio |
| Villa Ana | Gral. Obligado |
| Villa Ocampo | Gral. Obligado |

*Provincia de Córdoba*

Establecimientos dependientes de la Provincia, Municipalida-dades y Privados:

*Ciudad de Córdoba.*

Hospital Rawson, capacidad 180 camas, 90 para tuberculosos (hombres y mujeres).

Hospital Tránsito Cáceres de Allende, capacidad 280 camas (hombres y mujeres).

Hospital N. S. de la Misericordia, capacidad 196 camas para mujeres.

Centro de Asistencia Médica Social de la Tuberculosis.

Preventorio Teresa Atucha Lavallol (Punilla) 43 camas para niños débiles y pretuberculosos.

Dispensario del pulmón (Río Cuarto) dependiente de la Pía Unión de S. Antonio de Padua.

Dispensario Central Antituberculoso, Capital.

Dispensario Provincial de Cosquín, (Punilla)

Dispensario Provincial de Capilla del Monte, (Punilla)

Dispensario Provincial de Villa María, (San Martín)

Dispensario Provincial de Alta Gracia, (Santa María)

## SANATORIOS PRIVADOS

*Alta Gracia*: Dr. Mauricio Patín, capacidad 45 camas.
*Ascochinga*: Estación climatérica:
*Capilla del Monte*: Sanatorio Galatoire.
*Cruz Alta*: Sanatorio «Cruz Alta».

## DISPENSARIOS PROVINCIALES POLIVALENTES QUE TAMBIEN ATIENDEN ENFERMOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR

| *Localidad* | *Departamento* |
|---|---|
| Balnearia | Balnearia |
| Buchardo | Gral. Roca |
| Canals | Unión |
| Ciénega del Oro | Minas |
| Cruz Alta | Marcos Juárez |
| Gral. Cabrera | Juárez Celman |
| | Gral. Roca |
| Laborde | Unión |
| La Carlota | Juárez Celman |
| La Cruz | Calamuchita |
| Laguna Larga | Río Segundo |
| La Paz | San Javier |
| Las Perdices | Tercero Arriba |
| Luque | Río Segundo |
| Noentinger | Unión |
| Pozo del Molle | Río Segundo |
| Río Cuarto | Río Cuarto |
| Río Segundo | Río Segundo |
| Santiago Temple | Río Segundo |
| Ucacha | Tercero Arriba |
| Villa S. Rosa | Río Primero |
| Balnearia | Balenaria |
| Camilo Aldao | Marcos Juárez |
| Luque | Río Segundo |
| Mina Clavero | San Alberto |

## PROVINCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO

*Establecimientos provinciales, municipales y privados, dedicados a la lucha contra la Tuberculosis.*

*Capital*: Sala de Primeros Auxilios, no dispone camas.
Estación Sanitaria de Fernández, no dispone camas.
Estación Sanitaria de Ojo de Agua, no dispone camas.

Hospital Independiente, Capital, Existe en construcción un pabellón para enfermos tuberculosos.

Hospital Mixto, Ciudad, capacidad 28 camas para hombres y mujeres.

## PROVINCIA DE TUCUMAN

*Establecimientos provinciales, municipales y privados, dedicados a la lucha contra la Tuberculosis.*

*Tucumán*: Hospital Presidente Nicolás Avellaneda, Villa Urquiza, 4 pisos, 8 Salas, Capacidad 240 camas.

Consultorio Externo, Ayacucho y Bolívar.

Mutualidad provincial antituberculosa, depende del Consejo Provincial de Higiene. Crisóstomo Alvarez 552.

Cárcel Penitenciaría: Villa Urquiza, Capacidad 10 camas.

## PROVINCIA DE SALTA

*Establecimientos provinciales, municipales y privados, dedicados a la lucha contra la Tuberculosis.*

Hospital Josefa Arenales de Uriburu, capacidad 102 camas, dependiente de la Sociedad de Beneficencia de Salta.

*Embarcación*: Orán.

Hospital San Roque: tiene algunas camas para tuberculosos.

Establecimento Particular.

*Capital*: Hospital de la Guarnición Militar, tiene camas para tuberculosos.

*Tartagal*: Estación Manuela Pedraza. Hospital de la «Standard Oil Company» Consultorio externo y camas para enfermos.

## PROVINCIA DE JUJUY

*Establecimientos provinciales, municipales y privados, dedicados a la lucha contra la Tuberculosis.*

*Capital*: Hospital «San Roque», capacidad 70 camas, 35 para hombres y 35 para mujeres.

*Capital*: Dispensario Nacional Polivalente.

*San Pedro*: Dispensario Nacional Polivalente.

*Maimará*: Preventorio para enfermos pulmonares capacidad 28 camas.

## PROVINCIA DE ENTRE RIOS

*Establecimientos provinciales, municipales y privados, dedicados a la lucha contra la Tuberculosis.*

*Concordia*: Hospital Liga contra la tuberculosis, capacidad 60 camas, depende de la Sociedad de Beneficencia.

*Colón*: Hospital San Benjamín, capacidad 18 camas, depende de la Sociedad de Beneficencia.

*Federación*: Hospital Liga contra la Tuberculosis, capacidad 20 camas.

Dispensario Liga contra la Tuberculosis.

*Gualeguaychú*: Hospital Centenario, capacidad 49 camas.

*Nogoyá*: Hospital San Blás, capacidad 11 camas, depende de la Sociedad de Beneficencia.

*Paraná*: Hospital de Caridad, capacidad 150 camas. (Municipal).

Dispensario Cruz Roja Argentina.

*Hernandarias*: Hospital San Martín, (Sociedad de Beneficencia).

*Victoria*: Hospital de Caridad, capacidad 16 camas (Sociedad de Beneficencia). 250 camas, Villaguay 275 hasta 500.

## PROVINCIA DE CORRIENTES

*Establecimientos provinciales, municipales y privados, dedicados a la lucha contra la Tuberculosis.*

Tiene únicamente el Dispensario Público Nacional Polivalente de la Ciudad Capital.

## PROVINCIA DE SAN JUAN

*Establecimientos provinciales, municipales y privados, dedicados a la lucha contra la Tuberculosis.*

Capital Hospital Rawson, capacidad 37 camas. Est. Provincial.

Dispensario Nacional Polivalente Capital
Dispensario Nacional Polivalente Albardón
Dispensario Nacional Polivalente Rivadavia
Dispensario Nacional Polivalente Pocito
Dispensario Nacional Polivalente Jachal
Dispensario Liga Argentina contra la Tuberculosis Capital.

## PROVINCIA DE MENDOZA

*Establecimientos provinciales, municipales y privados, dedicados a la lucha contra la Tuberculosis.*

Hospital Carlos Ponce; capacidad 226 camas, depende de la Dirección General de Salubridad (en Godoy Cruz)

Liga Argentina contra la Tuberculosis, Dispensario Aráoz Alfaro.

## PROVINCIA DE SAN LUIS

*Establecimientos provinciales, municipales y privados, dedicados a la lucha contra la Tuberculosis.*

Hospital Rawson capacidad 10 camas para hombres, 21 camas para mujeres.

## PROVINCIA DE LA RIOJA

*Establecimientos provinciales, municipales y privados, dedicados a la lucha contra la Tuberculosis.*

Existe únicamente el Hospital Regional Andino Pte. V. de la Plaza, con 40 camas para enfermos tuberculosos y el Dispensario-Antituberculoso dependiente de la Liga Argentina.

## PROVINCIA DE CATAMARCA

Existe el Dispensario de la Dirección Regional de Saneamiento Antipalúdico.

Se proyecta construir un Hospital con capacidad para 300 camas. (a cargo de la Ley 12.578 — A-10-29-1)

## TERRITORIOS NACIONALES

*Establecimientos dedicados a la lucha Antituberculosa.*

*Misiones*: Hospital Común Regional. Pabellón especializado con 2 salas, para dicha tarea, hasta 60 camas (Director Dr. López Torres).

*Posadas*: Dispensario Nacional Antituberculoso.

*Formosa*: No posee ningún establecimiento sanatorio dedicado a dichas tareas.

*Chaco*: *Resistencia*, Dispensario Nacional Antituberculoso.

*Roque Sáenz Peña*: Dispensario Nacional Antituberculoso.

*La Pampa*: *Santa Rosa*, Dispensario Nacional Antituberculoso.

*La Pampa*: *Santa Rosa*, Hospital Común Regional, capacidad 10 camas.

*Neuquén*: No cuenta con Hospitales ni salas de primeros auxilios dedicados exclusivamente a la lucha contra la tuberculosis.

*Río Negro*: *Allen*, Dispensario Nacional Antituberculoso

Hospital Común Regional: Proyectado un pabellón de 30 camas.

*Chubut*: No hay establecimientos ni salas dedicadas exclusivamente a la lucha contra la tuberculosis.

*Tierra del Fuego*: No existe ningún establecimiento que se dedique a la lucha contra la tuberculosis.

*Santa Cruz*: *Río Gallegos*, Hospital Común Regional, 10 camas adicionales.

## DISTRIBUCION DE LAS CAMAS PARA ENFERMOS TUBERCULOSOS EXISTENTES EN EL PAIS Y LAS PROYECTADAS

| L U G A R | Nacional | Provincial | Municipal | Particular | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| Capital Federal | 550 400 (37) | — | 1995 | — | 2545 |
| Provincia de Buenos Aires | — | 1780 | — | 1147 S. B. | 2927 |
| Provincia de Santa Fe | — | 120 | — | 140 | 260 |
| Provincia de Córdoba | 1320 130 (13) | 180 | — | 719 | 2219 |
| Provincia de Tucumán | — | 250 | — | — | 250 |
| Provincia de Entre Ríos | 275 255 | — | 125 | 108 | 598 255 |
| Provincia de Mendoza | — | 226 | — | — | 226 |
| Provincia de Santiago del Estero | 10 340 | 28 | — | — | 38 340 |
| Provincia de Jujuy | — | 98 | — | — | 98 |
| Provincia de Salta | 50 | — | — | 102 | 102 50 |
| Provincia de Catamarca | 0 300 | — | — | — | 0 300 |
| Provincia de San Juan | — | 37 | — | — | 37 |
| Provincia de San Luis | 0 50 | 31 | — | — | 31 50 |
| Provincia de La Rioja | 40 30 | — | — | — | 40 30 |
| Provincia de Corrientes | — | — | — | — | — 0 |
| Gobernación de Misiones | 40 50 | — | — | — | 40 50 |
| Gobernación de La Pampa | 10 50 | — | — | — | 10 50 |
| Gobernación del Chaco | 0 50 | — | — | — | 0 50 |
| Gobernación de Río Negro | 0 30 | — | — | — | 0 30 |
| Gobernación de Santa Cruz | 10 20 | — | — | — | 10 20 |
| Gobernación de Neuquén | 0 30 | — | — | — | 0 30 |
| Totales | 2255 1785 (50) | 2750 | 2120 | 2306 | 9431 1785 |

Camas existentes.
**Camas proyectadas (subrayado)**
Médicos rentados (entre paréntesis)

## DISTRIBUCION DE CAMAS PARA TUBERCULOSOS EXISTENTES EN EL PAIS Y LAS PROYECTADAS

*Tercero:* Esquematizaremos acto seguido en cada provincia y territorio la labor a desarrollar, en materia de creaciones asistenciales, que corresponderá al Plan Quinquenal de Salud Pública, en la rama de la lucha antituberculosa.

A los efectos de una mayor comprensión y para que nos entendamos en el mismo lenguaje, caben algunas aclaraciones.

Cuando se lea: «en tal lugar de tal provincia o territorio, se promoverá a la creación de un organismo sanatorial, u hospital o dispensario, etc.», no significa necesariamente que ello sea definitivo. Sólo debe dársele el valor de que en ese sitio, las condiciones: densidad de población, índice de industrialización, tipo de vivienda (calidad y cantidad) convergencia de ferrocarriles o caminos, tipo racial y medios de vida de sus pobladores, índice de morbiletalidad, etc., *obligan a la asistencia de un organismo de lucha antituberculosa.*

En ciertas oportunidades nos encontraremos con que el número de camas proyectadas en determinada provincia excede en mucho la cantidad de muertos anualmente por tuberculosis. En tal caso, el concepto que nos ha llevado a esta aparente incongruencia, se debe a que se piensa elegir a esa provincia por sus condiciones de clima, como centro de tratamiento sanatorial de algunas provincias vecinas, o por ser en otras circunstancias una región en la cual la industrialización precoz, puede hacer prever un alza a breve plazo en la curva de mortalidad por tuberculosis.

La falta de estadísticas serias y controladas de morbimortalidad tuberculosa en todos los territorios, nos ha obligado a proyectar el número de camas en cifras oscilantes alrededor del índice de tuberculosis basal.

En muchas regiones del dilatado sur, la densidad de los núcleos poblados no justifica la creación de un dispensario, (menos de dos o tres mil personas) por lo que creemos que esas zonas serán tributarias de un organismo móvil en estrecha vinculación con alguna central antituberculosa. Ahora bien, la gran extensión de nuestro país, hace difícil que una central por poderosa que sea, pueda en forma ágil y económica, controlar la marcha de todo el organismo; conviene coordinar con las provincias, los municipios y las instituciones privadas, esa acción de vigilancia y de estímulo, por medio de comisiones mixtas presididas por el representante de las autoridades centrales, que será el delegado de la lucha antituberculosa en esas zonas de influencia. Esta será elegida teniendo en cuenta los medios de comunicación, topografía, etc.

Extrañará sin duda que en la Capital se proyecten muy escasas construciones de tipo asistencial; ello se debe a que el número de camas con que cuenta es actualmente suficiente, sin incluir las de los sanatorios particulares, y por otra parte, cuando el fuerte contigente de enfermos que a ella acude, tenga en su lugar de residencia el organismo sanitario adecuado, el número de plazas será, quizás, excesivo.

En lo que respecta a la provincia de Buenos Aires, la enorme capacidad económica de la misma, excusas en cierta manera, de efectuar construciones como las que nos ocupan.

Nos limitaremos por lo tanto a ejecutar lo proyectado con anterioridad a la existencia de este plan.

Los diferentes organismos que se incluyen en este esquema son:

Sanatorios.

Sanatorios-Hospitales.

Centros de Vías Respiratorias o Dispensarios.

Los sanatorios, así como los sanatorios-hospitales fueron considerados y definidos en el capítulo 2.°; sólo agregaremos que la existencia de los mismos implica conjuntamente la creación de un servicio social, y de talleres de reeducación y readaptación.

Omitimos señalar la ubicación de Hospitales y Colonias talleres, pues ello debe resultar de la experiencia obtenida en la marcha de los restantes organismos asistenciales. Su creación deberá ser objeto de un meditado estudio, a los efectos de que no resulten contradictorios los resultados que se buscaron al establecerlos.

## CAPITAL FEDERAL

Población aproximada: 2.520.000 habitantes
Mortalidad anual por tuberculosis: 2756

| | | |
|---|---|---|
| Organismos existentes: 2545 camas | Nacionales | 550 |
| | Municipales | 1.995 |
| 20 dispensario: | Beneficencia | 1 |
| | Privados | 7 |
| | Municipales | 7 |
| | Nacionales | 5 |

Se proyectan: 1740 camas

a) Concluir el Hospital de la Liga Argentina de la Tuberculosis (Mataderos). Capacidad 1340 camas.

b) Hospital Nacional Central. Ampliarlo con 400 camas (Presupuesto $ 1.600.000 a realizarse con cargo a la Ley 12.578 A-10-29-1).

REFERENCIAS

Centros Vias Respiratorias (sin Camas).

Sanatorio Hospital.

Anexos Tisiologicos con Centros Vias Respiratorias

Ampliaciones de Hospitales para Tuberculosos

Sanatorio.

## PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Población aproximada: 3.792.209 habitantes
Mortalidad anual por tuberculosis: 3918

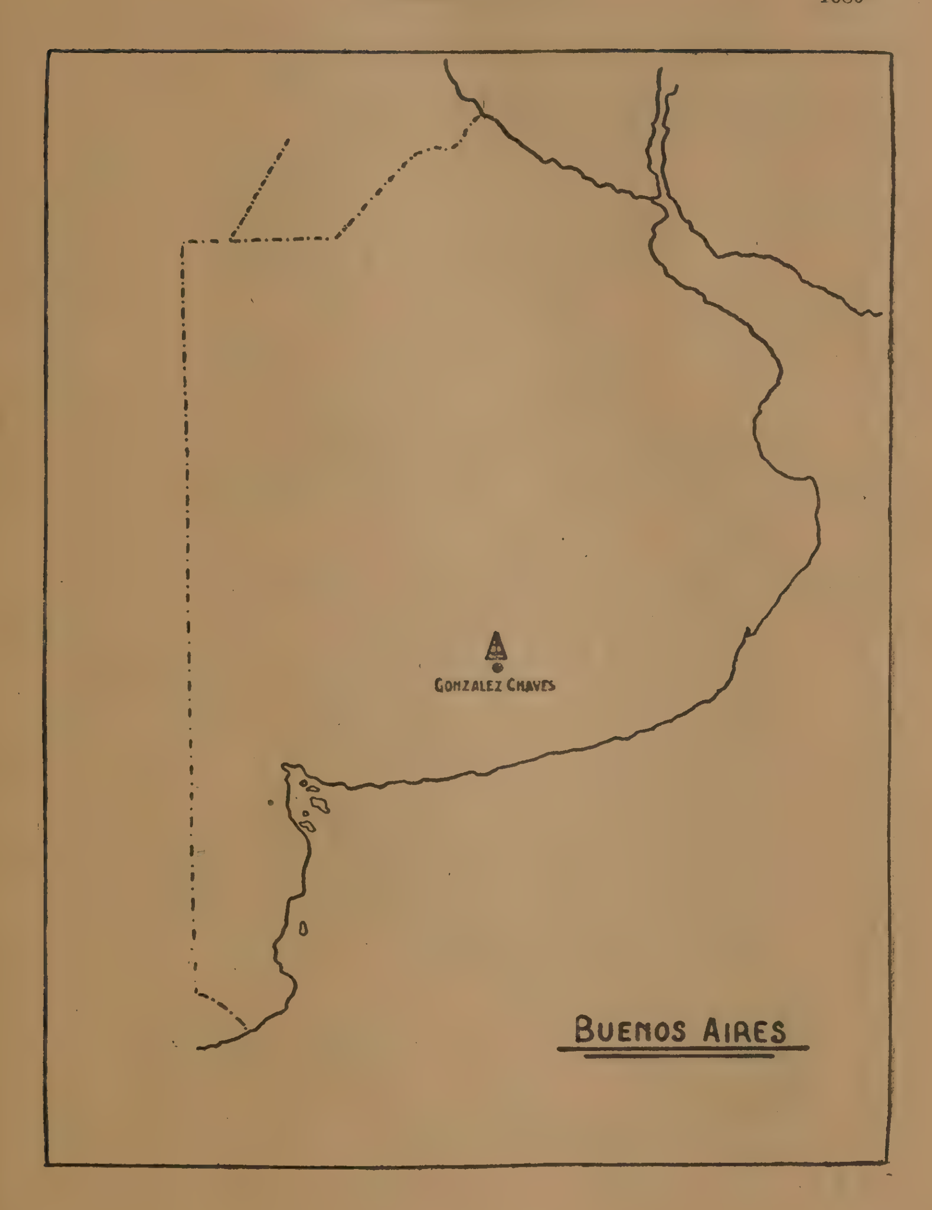
| | | |
|---|---|---|
| Organismos existentes: 2927 camas | Provinciales | 1780 |
| | Beneficencia | 1147 |

| | | |
|---|---|---|
| 64 Dispensarios | Polivalentes Nac. | 3 |
| | Antituberculosos | 58 |
| | Nacionales | 2 |
| | Provinciales | 38 |
| | Municipales | 4 |
| | Privadas | 14 |

Se proyectan: 50 camas

*Anexo Tisiológico*: *Gonzalez Chaves*: Construcción de un pabellón de 50 camas en el Hospital Regional «*Anita Eliçaragaray*». [1].

(1) Existen votados 100.000 pesos moneda nacional a esos efectos, a realizarse con cargo a la Ley 12.578 A-10-29-1.


GONZALEZ CHAVES
BUENOS AIRES

## PROVINCIA DE SANTA FE

Población aproximada: 1.830.292 habitantes.
Mortalidad anual por tuberculosis: 1.400.

| | | |
|---|---|---|
| Organismos existentes: 260 camas | Particulares | 140 |
| | Provinciales | 120 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 58 Dispensarios | Antituberculosos | 4 | Nacionales | 2 |
| | | | Privados | 2 |
| | Polivalentes | 54 | Nacionales | 2 |
| | | | Provinciales | 52 |

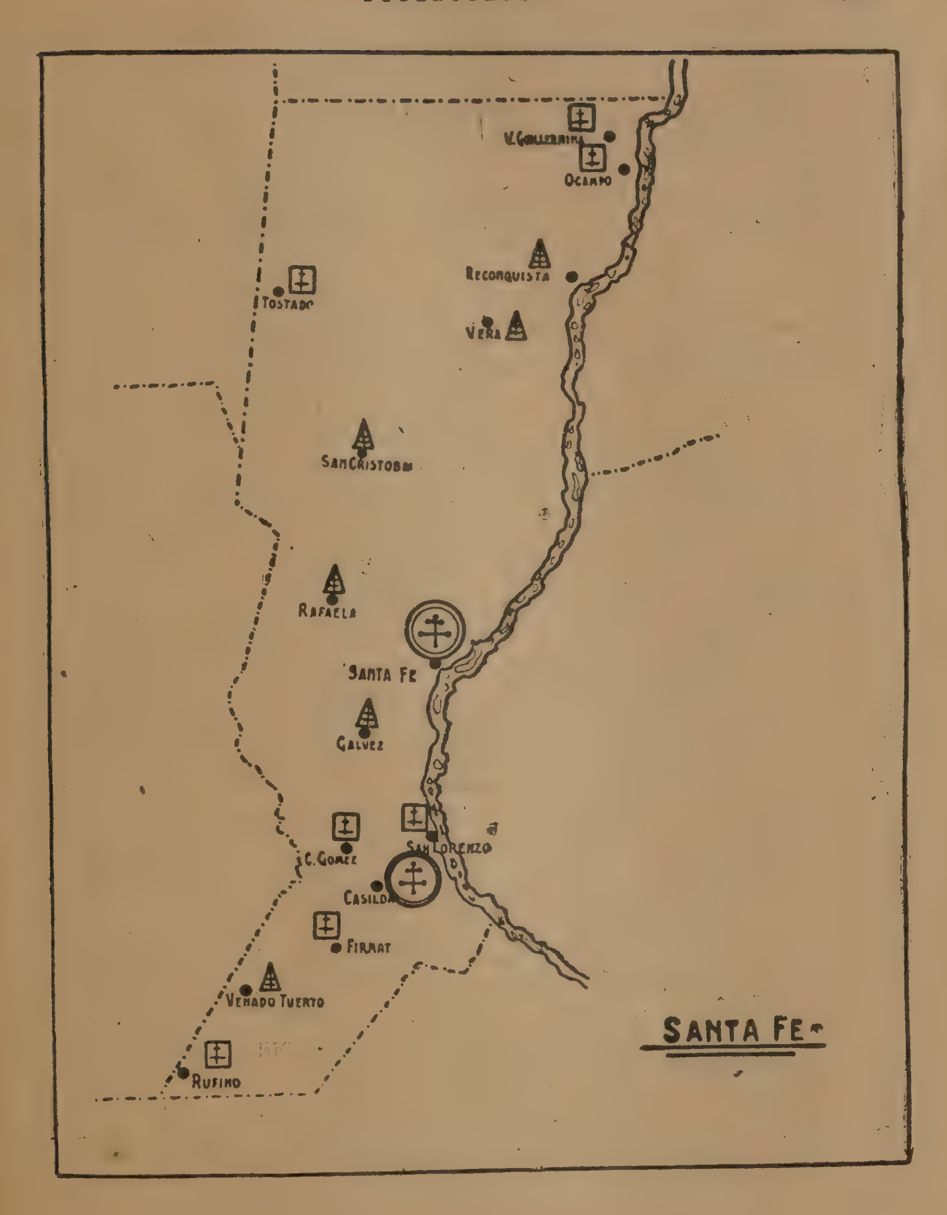
Se proyectan: 530 camas 15 Dispensarios.

*Sanatorio-Hospital*: *Capital* (200 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias (Hospital Reeducación).
*Casilda*: (150 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias anexo.

*Anexos Tisiológicos*: *Venado Tuerto* (50 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias.
*Rafaela*: (50 camas) anexas al Hosp. Regional o al Hosp. local mayor proyectado, más 1 Centro de Vías Respiratorias.
*San Cristóbal*: (10 camas) 1 apartado tisiológico, más 1 Centro de Vías Respiratorias.
*Gálvez*: (10 camas) 1 apartado tisiológico, más 1 Centro de Vías Respiratorias.
*Vera*: (50 camas) anexo al Hospital local mayor proyectado de 500 camas, más 1 Centro de Vías Respiratorias.
*Reconquista*: (10 camas) 1 apartado tisiológico, más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Centros de Vías Respiratorias*:

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Rufino* | 1 | *Tostao* | 1 |
| *Firmat* | 1 | *Villa Ocampo* | 1 |
| *San Lorenzo* | 1 | *Guillermina* | 1 |
| *Cañada de Gómez* | 1 | | |


Ocampo
Reconquista
Tostado
Vera
San Cristobal
Rafaela
Santa Fe
Galvez
San Lorenzo
C. Gomez
Casilda
Firmat
Venado Tuerto
Rufino
SANTA FE

## PROVINCIA DE CORDOBA

Población aproximada: 1.382.169 habitantes.
Mortalidad anual por tuberculosis: 1.800.

| | | |
|---|---|---|
| Organismos existentes: 2219 camas | Nacionales | 1320 |
| | Provinciales | 180 |
| | Particulares | 719 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 57 Dispensarios | Antituberculosos | 7 | Provinciales | 2 |
| | | | Privados | 5 |
| | Polivalentes | 50 | Nacionales | 1 |
| | | | Municipales | 8 |
| | | | Provinciales | 14 |

Se proyectan: 1270 camas — 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Sanatorios Sierras de Córdoba*: (400 camas). Presupuesto existente $ 6.000.000, partida Ley 12.576 y 12.815 (T. O.) A- 1.° 5-44. Más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Ampliación y modernización de establecimientos*:

a) Sanatorio Santa María. Para nuevos pabellones, reparaciones y ampliaciones de edificios e instalaciones existentes. Capacidad 250 camas. Presupuesto $ 2.000.000, partida ley 12576 y 12815 (T. O.) A.-1.°-5-43. Se ha entregado $ 800.000 y falta un resto de $ 1.200.000 a realizarse con cargo a la ley 12.578- A-10-29-1.

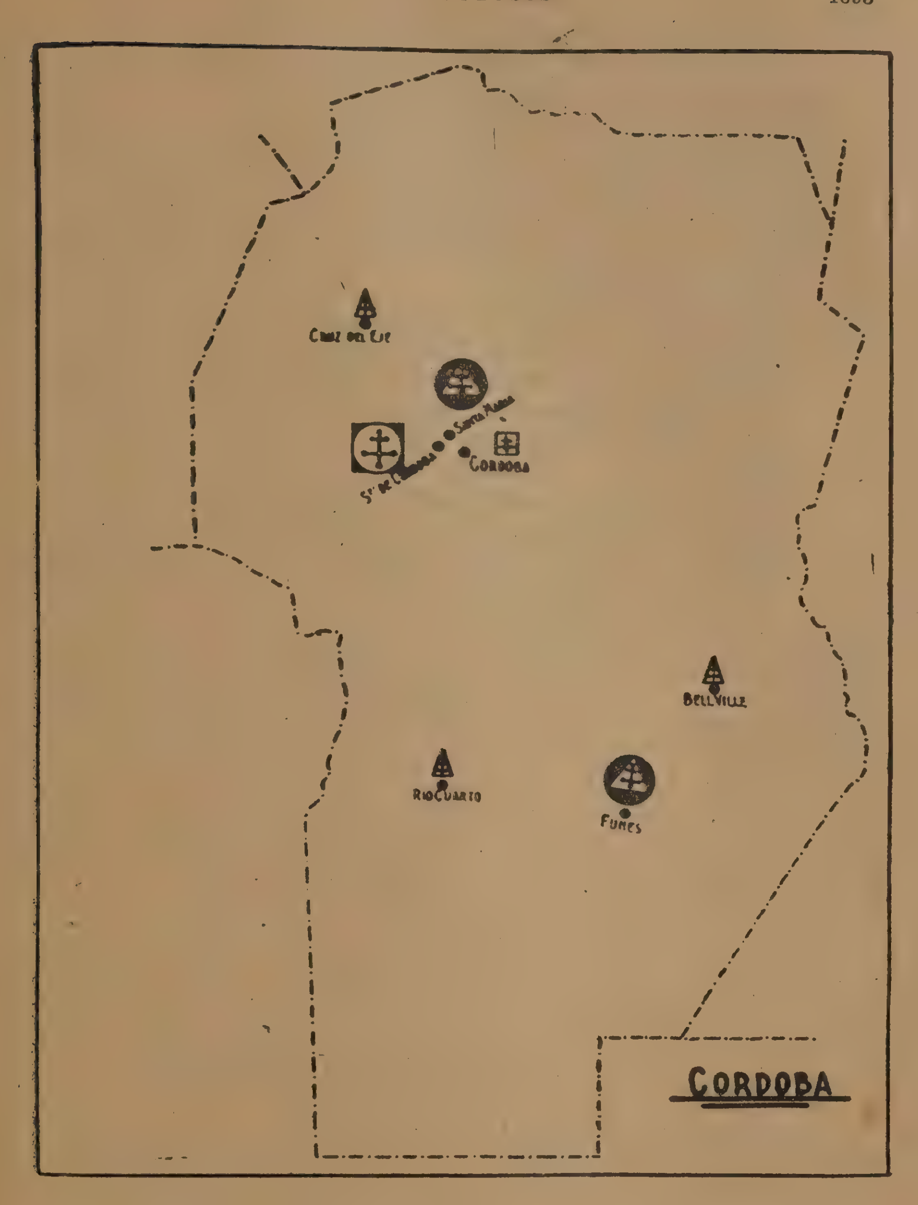
*Construcción de pabellones en hospitales regionales existentes*:

a) Hospital Común Regional de Río Cuarto. Construcción de un pabellón de 50 camas. Presupuesto $ 250.000 a realizarse con cargo a la ley 12578 A-10-29-1.

b) Hospital Aurelio Crespo del Cruz del Eje: Construcción de un pabellón de 30 camas. Presupuesto $ 150.000 a cargo de la ley 12578 A-10-29-1.

c) Hospital Común Regional de Bell-Ville. Presupuesto $ 250.000 para la construcción de un pabellón de 50 camas con cargo a la ley 12578 A-10-29-1.

d) Hospital «Familia Domingo Funes». Construcción de un pabellón con 550 camas. Presupuesto $ 1.500.000 a realizarse con cargo a la Ley 12.578 A-10-29-1.


CORDOBA
BELLVILLE
RIO CUARTO
FUNES
CORDOBA

## PROVINCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO

Población aproximada: 613.374 habitantes.
Mortalidad anual por tuberculosis: 168.
Organismos existentes: 38 camas, 2 Dispensarios (1 Nacional, (1 L. Argentina contra la Tuberculosis)
Se proyectan: 425 camas, 13 Dispensarios.

*Sanatorio-Hospital*: *Capital.* (300 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Anexos Tisiológicos Frías.* (50 camas) anexas al Hospital Regional, más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Añatuya*: (50 camas) anexas al Hospital Regional, más 1 Centro de Vías Respiratorias.

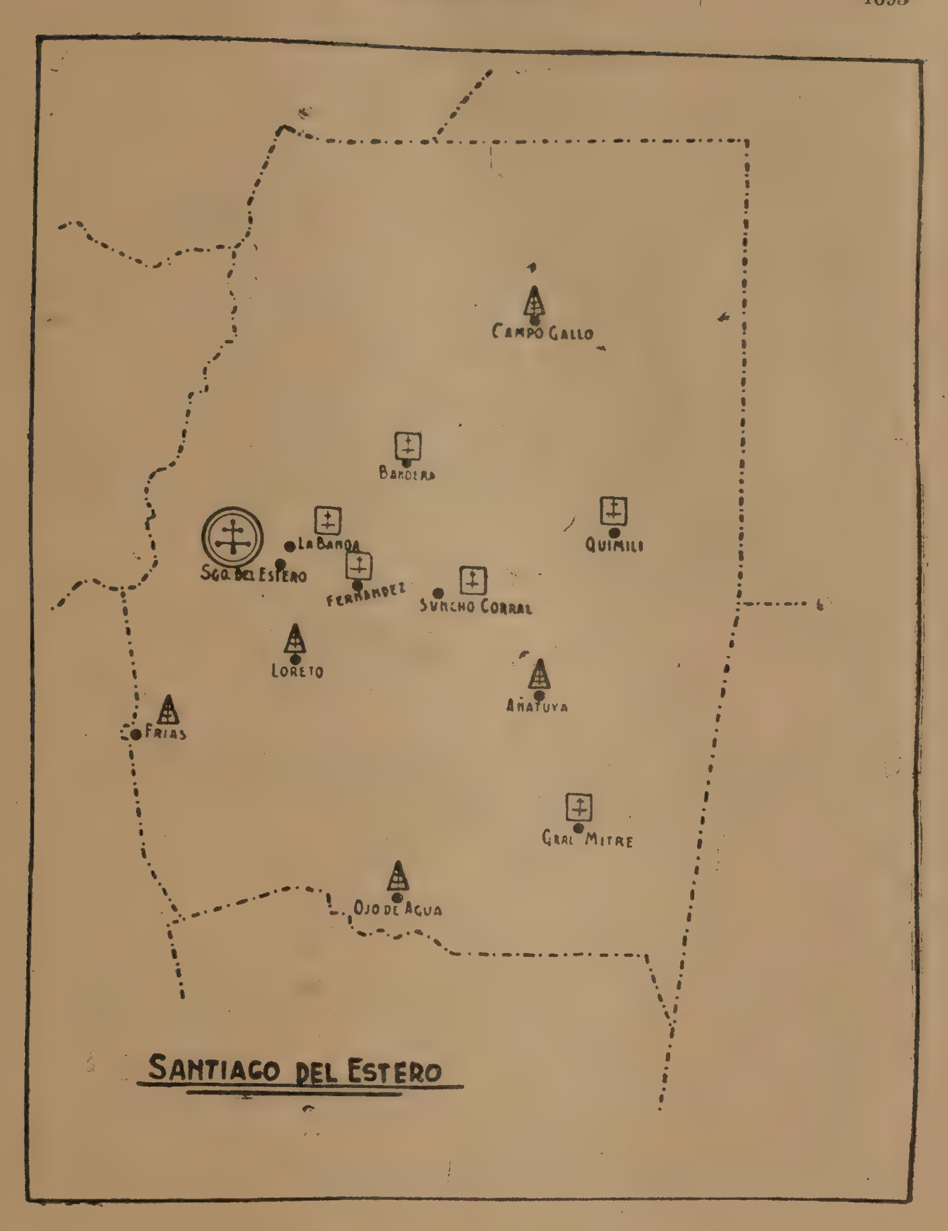
*Ojo de Agua*: (10 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Campo Gallo*: (10 camas) anexa al Hospital menor, más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Loreto*: (5 camas) anexas al Hospital menor, más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Centros de Vías Respiratorias*:

| | | | |
|---|---|---|---|
| La Banda | 1 | Colonia Dora | 1 |
| Bandera | 1 | Fernández | 1 |
| Suncho Corral | 1 | Gral. Mitre | 1 |
| Quimillí | 1 | | |


Campo Gallo
Bandera
Quimili
Sgo. del Estero
La Banda
Fernandez
Suncho Corral
Loreto
Añatuya
Frias
Gral Mitre
Ojo de Agua
SANTIAGO DEL ESTERO

## PROVINCIA DE SAN LUIS

Población aproximada: 203.022 habitantes.
Mortalidad anual por tuberculosis: 95
Organismos existentes: 31 camas, 2 dispensarios (1 Antituberculoso, 1 Polivalente).

Se proyectan: 220 camas y 9 Centros de Vías Respiratorias.

*Sanatorio-Hospital*: (1) *Capital,* (150 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Anexos Tisiológicos*: *Villa Mercedes,* (50 camas) anexas al hospital local mayor proyectado, más 1 Centro de Vías Respiratorias.

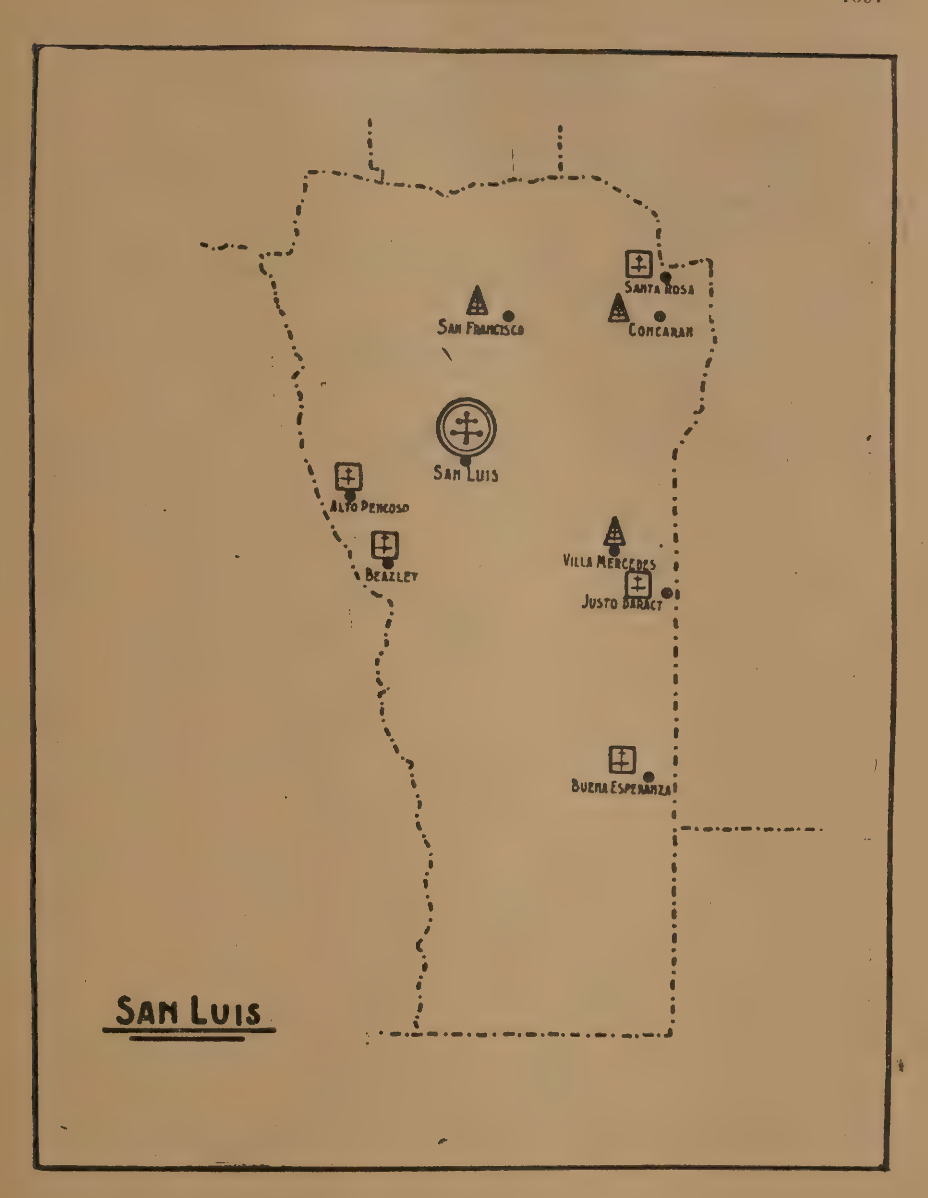
*Villa-Dolores*: *Concarán* (10 camas) anexas al hospital local menor, más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*San Francisco del Monte de Oro*: (10 camas) anexas al hospital local menor, proyectado, más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Centros de Vías Respiratorias*:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Beazley | 1 | Santa Rosa | 1 |
| Quines | 1 | Justo Daract | 1 |
| | | Buena Esperanza | 1 |

(1) Existen votados $ 300.000 m|n. para la construcción de un pabellón de 50 camas en el hospital Rawson, y reconstrucción del establecimiento a realizarse con cargo a la Ley 12.578 A-10-29-1.


SANTA ROSA
SAN FRANCISCO
CONCARAN
SAN LUIS
ALTO PENCOSO
BEAZLEY
VILLA MERCEDES
JUSTO DARACT
BUENA ESPERANZA
SAN LUIS

## PROVINCIA DE SAN JUAN

Población aproximada: 243.303 habitantes.

Mortalidad anual por tuberculosis: 267.

Organismos existentes: 37 camas, 6 Dispensarios (5 Polivalentes-N., 1 Antitub.-P.).

Se proyectan: 310 camas, 6 Centros de Vías Respiratorias.

*Sanatorio-Hospital*: *Capital*, (300 camas), 1 Centro de Vías Respiratorias *anexo*.

*Anexo Tisiológico*: *Jachal*, (10 camas) anexas al Hospital local mayor, 1 Centro de Vías Respiratorias anexo.

*Centros de Vías Respiratorias*:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Villa Colón (Caucete) | 1 | Pocito | 1 |
| Media Agua | 1 | Rivadavia | 1 |


SAN JUAN
JACHAL
SAN JUAN
POCITOS
CAUCETE
MEDIA AGUA

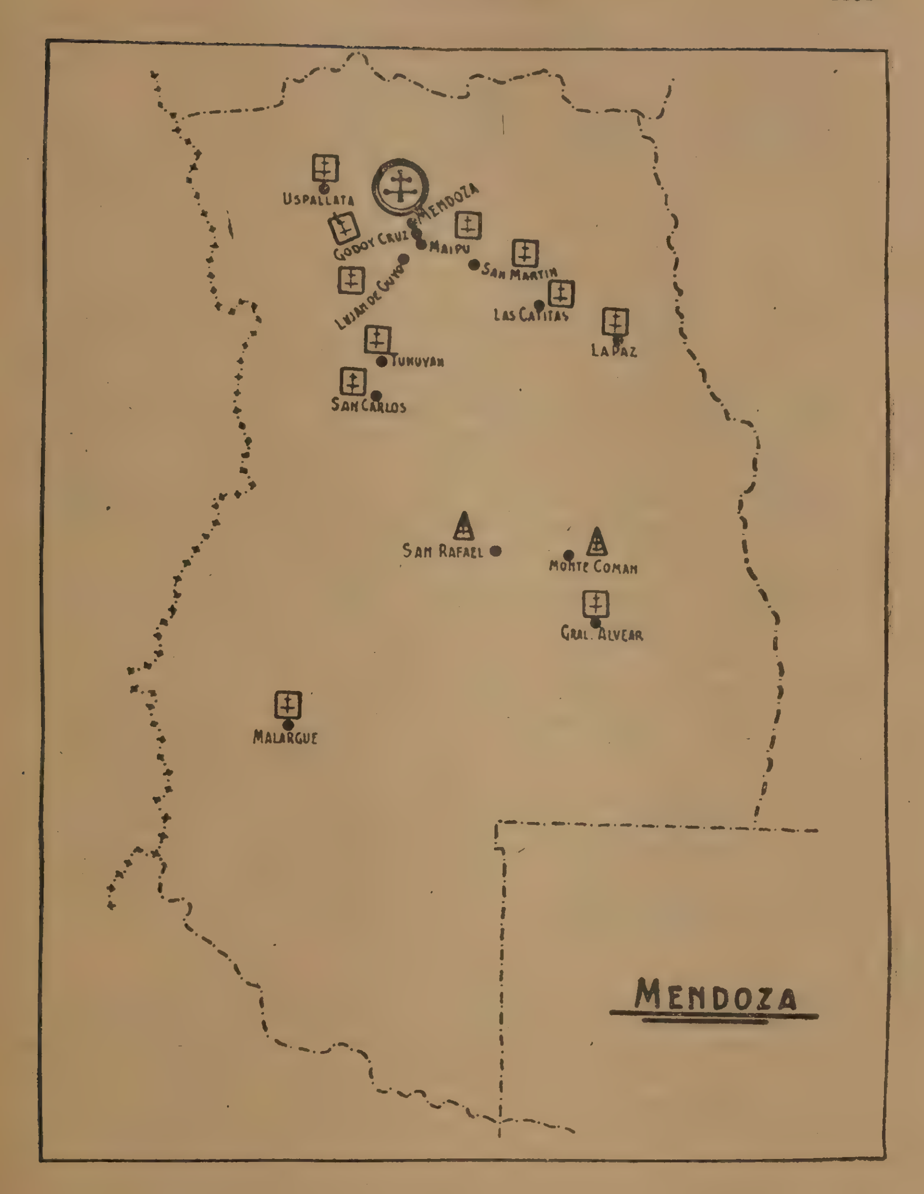
## PROVINCIA DE MENDOZA

Población aproximada: 546.730 habitantes.
Mortalidad anual por tuberculosis: 468
Se proyectan: 360 camas — 14 Centros de Vías Respiratorias
Organismos existentes: 226 camas Prov. — 2 Dispensarios
1 Privado
Antituberculosos 1 Nacional

*Sanatorio-Hospital; Capital* (300 camas). 1 Centro de Vías Respiratorias anexo.

*Anexos Tisiológicos*: *San Rafael* (50 camas) anexo al Hospital Regional. 1 Centro de Vías Respiratorias.
*Monte Comán* (10 camas) anexas al Hospital local menor.
1 Centro de Vías Respiratorias.

| | | |
|---|---|---|
| *General Alvear* | 1 | |
| *Malargüe* | 1 | anexo al Hosp. local menor |
| *Las Catitas* | 1 | anexo a la unidad sanitaria. |
| *La Paz* | 1 | |
| *San Martín* | 1 | |
| *Maipú* | 1 | |
| *Godoy* | 1 | |
| *Luján* | 1 | |
| *Tunuyán* | 1 | |
| *San Carlos* | 1 | |


USPALLATA
MENDOZA
GODOY CRUZ
MAIPU
SAN MARTIN
LUJAN DE CUYO
LAS CATITAS
LA PAZ
TUNUYAN
SAN CARLOS
SAN RAFAEL
MONTE COMAN
GRAL. ALVEAR
MALARGUE
MENDOZA

## PROVINCIA DE SALTA

Población aproximada: 285.363 habitantes.
Mortalidad anual por tuberculosis: 400
Organismos existentes: 102 camas (privadas)

| | | |
|---|---|---|
| | 1 | Nacional |
| 4 Dispensario | 2 | Provinc. |
| | 1 | Privado |

*Sanatorio-Hospital*: *Capital* (300 camas).

*Anexos Tisiológicos*: *Orán* (30 camas) anexas al Hospital local menor, más 1 Centro de Vías Respiratorias.
*Tartagal* (30 camas) anexas al Hospital en construcción, más 1 Centro de Vías Respiratorias.
*Joaquín V. González* (10 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias.
*Metán* (50 camas) anexas a las ampliaciones del Hospital existente, más 1 Centro de Vías Respiratorias.
*Cachí* (5 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Centros de Vías Respiratorias*:

| | | |
|---|---|---|
| *Embarcación* | 1 | |
| *Tabacal* | 1 | |
| *El Quebrachal* | 1 | |
| *R. de la Frontera* | 1 | |
| *Cafayate* | 1 | Anexo Hosp. Local menor proyectado. |
| *Molinos* | 1 | |
| *La Viña* | 1 | Disp. anexo u. Sanitaria. |
| *Coronel Moldes* | 1 | |
| *General Güemes* | 1 | |
| *S. de los Cobres* | 1 | |

(1) Existen votados $ 200.000 m/n. para construir un pabellón de 30 camas y ampliación de la cocina existente, en el Hospital Regional de Güemes, a realizarse con cargo a la Ley N.° 12.578 A— 10-29-1.


TARTAGAL
ORAN
EMBARCACION
TABACAL
S. ANTONIO DE LOS COBRES
SALTA
GUEMES
CACHI
J.V. GONZALEZ
MOLINOS
LA VIÑA
METAN
EL QUEBRACHAL
ROSARIO DE LA FRONTERA
CAFAYATE
SALTA

## PROVINCIA DE TUCUMAN

Población aproximada: 647.276 habitantes.

Mortalidad anual por tuberculosis: 893.

Organismos existentes: 250 camas. 4 Dispensarios Antituberculosos (2 Nacionales, 2 Provinciales).

Se proyectan: 430 camas, 13 Centros de Vías Respiratorias.

*Sanatorio-Hospital: Capital.* (300 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias anexo.

*Anexos Tisiológicos: Concepción.* (50 camas) anexas al Hospital local menor, más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Villa Alberdi.* (30 camas) anexas al Hospital local mayor, más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Monteros.* (30 camas) anexas al Hospital local mayor, más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Lules.* (10 camas) anexas al Hospital local menor, más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Trancas.* (10 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Centros de Vías Respiratorias:*

| | | |
|---|---|---|
| *Simoca* | 1 | |
| *Aguilares* | 1 | Anexo Hosp. local menor proyectado. |
| *Tafí Viejo* | 1 | Anexo Hosp. local menor proyectado. |
| *Lamadrid* | 1 | Anexo Hosp. local menor proyectado. |
| *San Pedro de Colalao* | 1 | Anexo a la unidad Sanitaria. |
| *Burruyacú* | 1 | Anexo a la unidad Sanitaria. |
| *Famaillá* | 1 | |


S. PEDRO DE COLALAO
TRANCAS
BURRUYACU
TAFI VIEJO
TUCUMAN
LULES
FAMAILLA
MONTEROS
SIMOCA
CONCEPCION
AGUILARES
ALBERDI
LAMADRID
TUCUMAN

## PROVINCIA DE CATAMARCA

Población aproximada: 135.962 habitantes.

Mortalidad anual por tuberculosis: 46.

Organismos existentes: 0 camas. 2 Dispensarios Polivalentes Nac.

Se proyectan: 430 camas. 4 Dispensarios.

*Sanatorio*: (1) *Capital*. (400 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias.

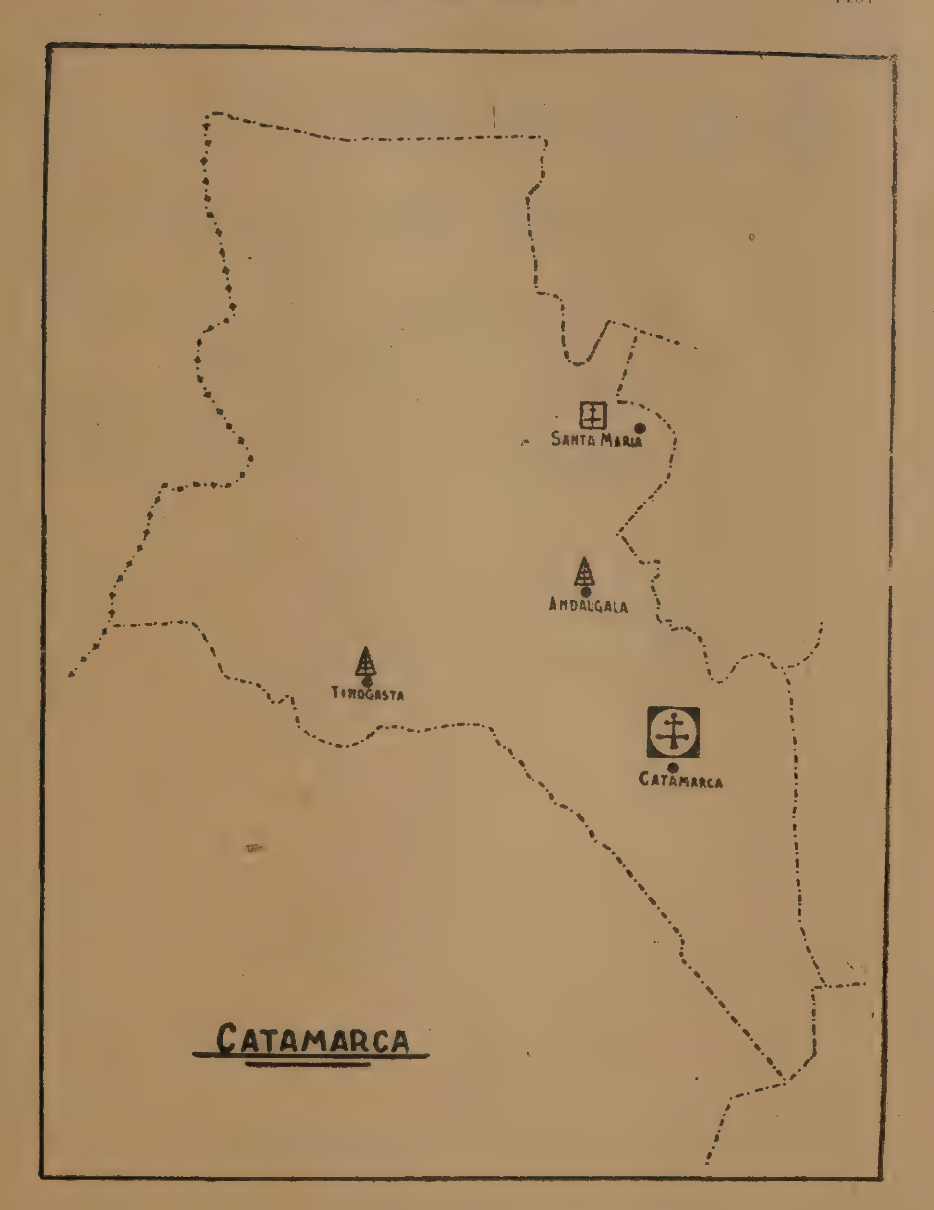
*Anexos Tisiológicos*: *Tinogasta*. (10 camas) anexo al Hospital local menor, más un Centro de Vías Respiratorias.

*Andalgalá*. (20 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Centros de Vías Respiratorias*:

*Santa María* 1 Anexo Hosp. local menor proyectado

(1) Existen votados $ 1.000.000 m|n. para la construcción en la provincia de 1 Hospital de 300 camas con cargo a la Ley N.º 12.578-A-10-29-1.


SANTA MARIA
ANDALGALA
TINOGASTA
CATAMARCA
CATAMARCA

## PROVINCIA DE JUJUY

Población aproximada: 154.470 habitantes.

Mortalidad anual por tuberculosis: 236.

Organismos existentes: 98 camas provinciales. 5 Dispensarios Polivalentes nacionales.

Se proyectan: 285 camas. 11 Centros de Vías Respiratorias.

*Sanatorio-Hospital*: *Capital* (250 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias anexo.

*Anexos Tisiológicos*: *Humahuaca* (10 camas) anexas al Hospital local menor, más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Rinconada* (5 camas) anexo a la unidad sanitaria.

*San Pedro de Jujuy* (10 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias anexo.

*Ledesma* (10 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias anexo.

*Centros de Vías Respiratorias*:

| | |
|---|---|
| *Perico del Carmen* | 1 |
| *Tumbaya* | 1 |
| *Maimará* | 1 |
| *Abrapampa* | 1 |
| *La Quiaca* | 1 |
| *Santa Catalina* | 1 |



STA CATALINA
LA QUIACA
RINCONADA
ABRA PAMPA
HUMAHUACA
MARMARA
LEDESMA
TUMBAYA
JUJUY
SAN PEDRO
PERICO
JUJUY

## PROVINCIA DE LA RIOJA

Población aproximada: 118.884 habitantes.

Mortalidad anual por tuberculosis: 85.

Organismos existentes: 40 camas. 2 Dispensarios (1 Polivalente (Nacional), 1 Antitub. (Privado).

Se proyectan: 360 camas. 4 Dispensarios.

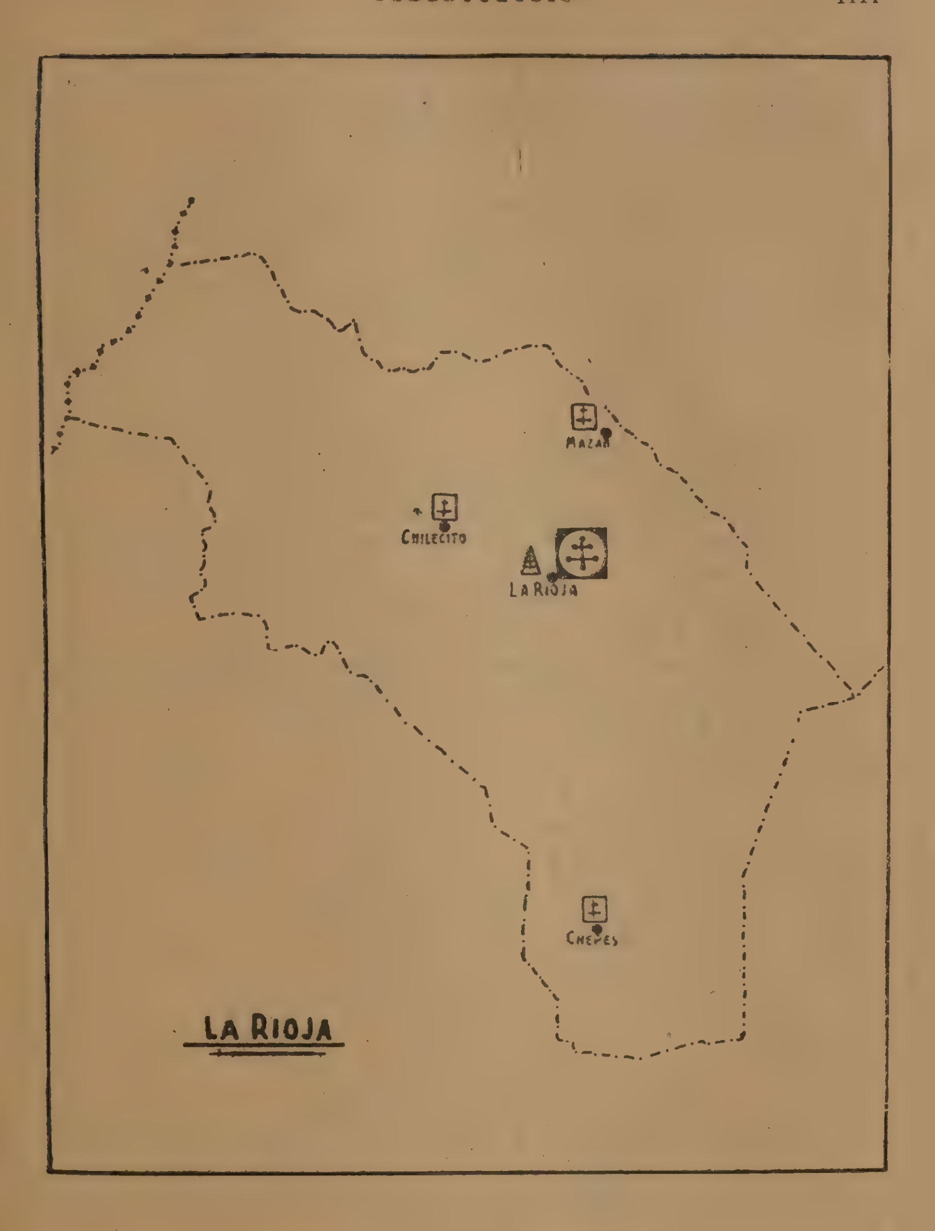
*Sanatorio*: (1) *Capital.* (400 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Anexos Tisiológicos*: *Capital.* (60 camas) anexas al Hospital Regional.

*Centros de Vías Respiratorias*:

| | | |
|---|---|---|
| *Chepes* | 1 | |
| *Chilecito* | 1 | Anexo al Hospital local menor |
| *Mazan* | 1 | |

(1) Existen votados $ 200.000 m|n. para la construcción de un pabellón de 30 camas y ampliación de la cocina existente en el Hospital Común Regional de La Rioja, a realizarse con cargo a la Ley N.º 12.578. — A-10-29-1.


MAZAN
CHILECITO
LA RIOJA
CHEPES
LA RIOJA

## PROVINCIA DE ENTRE RIOS

Población aproximada: 815.413 habitantes
Mortalidad anual por tuberculosis: 963.

Organismos existentes: 508 camas (275) Nacionales (125) Municipales (108) Particulares

Se proyectan: 405 camas 14 Centros de Vías Respiratorias.

*Sanatorio-Hospital*: ([1]) *Villaguay*: Habilitar lo construído y completar de acuerdo a lo proyectado, hasta 500 camas (existen 275 c.)

*Anexos Tisiológicos*: *La Paz*: (50 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Concordia*: (40 camas) anexas al Hospital de Beneficencia. 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Nogoyá*: (10 camas) anexas al Hospital San Blas de la Sociedad de Beneficencia. 1 Centro de Vías Respirarias anexo.

*Gualeguaychú*: (30 camas) anexas al Hospital Centenario, más 1 Centro de Vías Respiratorias.

([2]) *Concepción del Uruguay*: (50 camas) en pabellón anexo a las ampliaciones del actual hospital, más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Centros de Vías Respiratorias:*

| | |
|---|---|
| *Feliciano* | 1 |
| *Villa Federal* | 1 |
| *San Salvador* | 1 |
| *Basabilbaso* | 1 |
| *Rosario Tala* | 1 |
| *Gualeguay* | 1 |
| *Paraná* | 1 |
| *Diamante* | 1 |

(1) Con cargo a la Ley 12.578 A-10-28-1, se votaron 4.800.000 pesos moneda nacional con destino a construir en Villaguay un hospital para tuberculosos de 500 camas.

(2) Con cargo a la misma ley, existen votados 200.000 pesos moneda nacional, para la construcción de un pabellón de 30 camas y ampliación de la cocina, en el Policlínico Regional del Litoral, en Concepción del Uruguay.


San Jose de Feliciano
La Paz
Villa Federal
Concordia
San Salvador
Parana
Villaguay
Diamante
Nogoya
Ros de Tala
Basabilvaso
Conc del Uruguay
Gualeguaychu
Gualeguay
Entre Rios

## PROVINCIA DE CORRIENTES

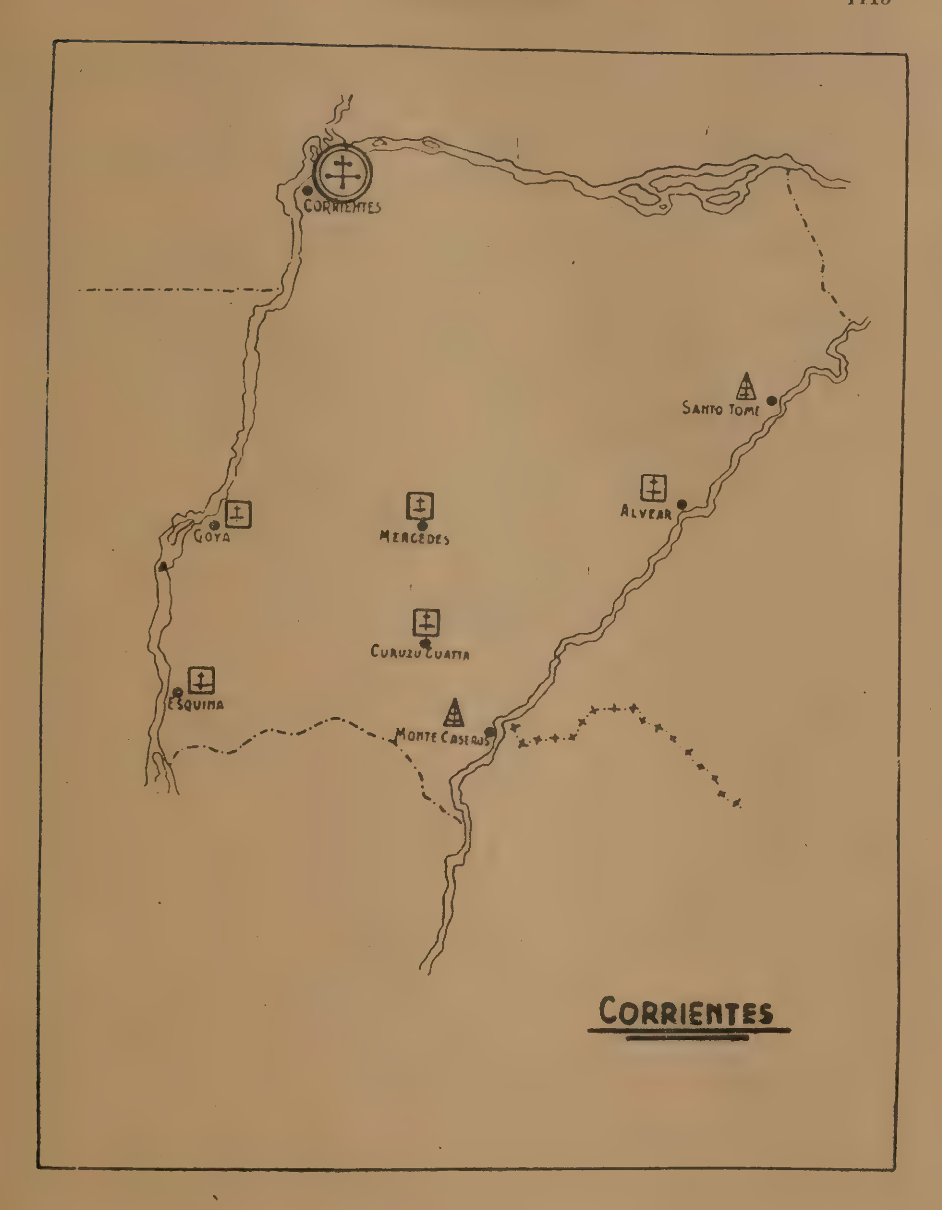
Población aproximada: 564.198 habitantes.
Mortalidad anual por tuberculosis: 300.
Organismos existentes: ninguno.
Se proyectan: 400 camas, 8 Dispensarios.

*Sanatorio-Hospital*: *Capital*, (300 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Anexos Tisiológicos*: *Monte Caseros*, (50 camas) anexas al Hosp. local menor, más 1 Centro de Vías Respiratorias.
*Santo Tomé*: (50 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Centros de Vías Respiratorias*:

| | |
|---|---|
| *Curuzú Cuatiá* | 1 |
| *Mercedes.* | 1 |
| *Goya* | 1 |
| *Esquina* | 1 |
| *Alvear* | 1 |


CORRIENTES
SANTO TOME
ALVEAR
GOYA
MERCEDES
CURUZU CUATIA
ESQUINA
MONTE CASEROS
CORRIENTES

## GOBERNACION DEL CHACO

Población aproximada: 480.948 habitantes.

Mortalidad anual por tuberculosis: no establecida.

Organismos existentes: 0 camas, 2 dispensarios antituberculosos Nacionales.

Se proyectan: 400 camas, 9 dispensarios.

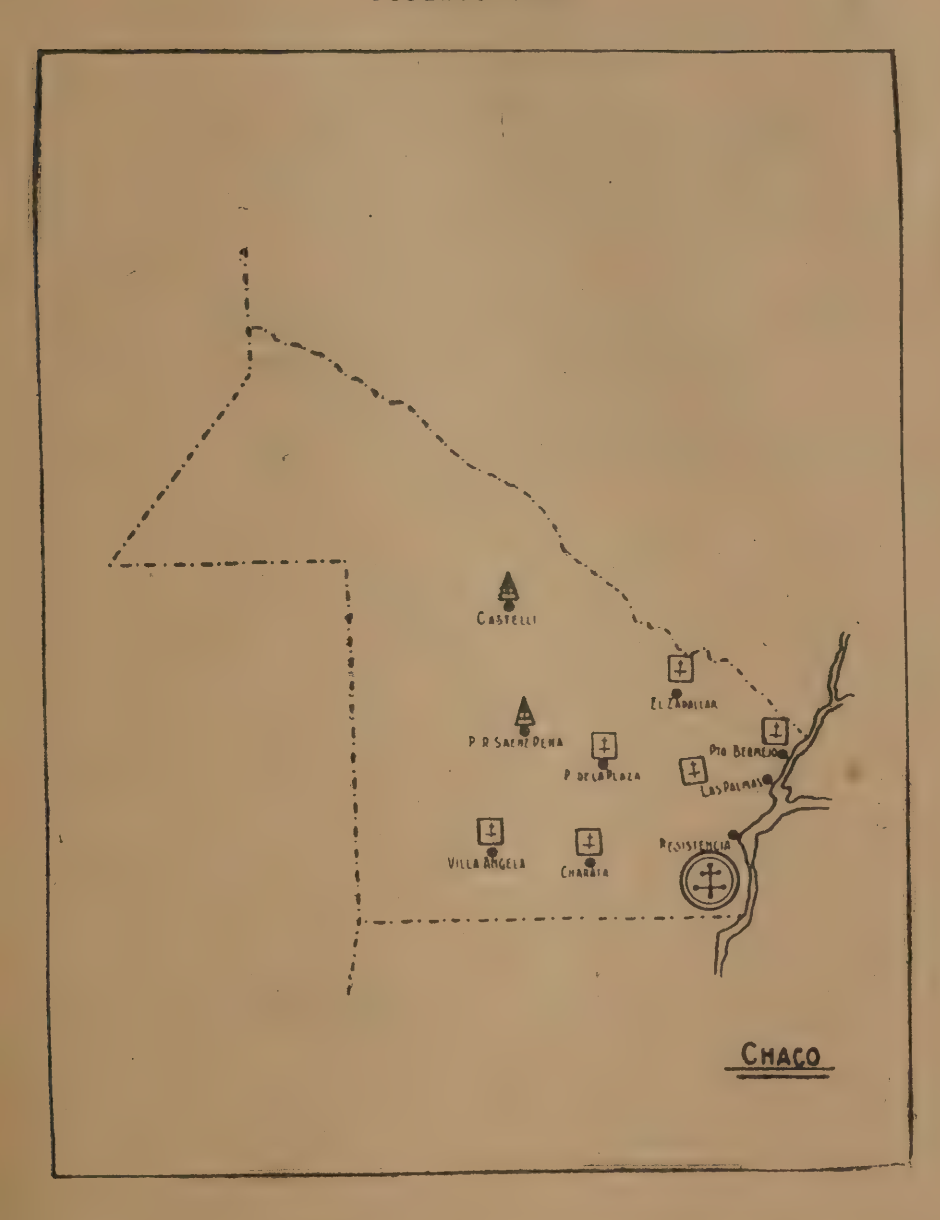
*Sanatorio-Hospital:Resistencia,* (300 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Anexos Tisiológicos: Pte. R. S. Peña,* (50 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias, anexas al Hosp. Local Mayor.

*Castelli:* (50 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias anexo al Hospital Local Mayor.

*Centros de Vías Respiratorias:*

| | |
|---|---|
| *Charata* | 1 |
| *Villa Angela* | 1 |
| *Pte. de la Plaza* | 1 |
| *Puerto Bermejo* | 1 |
| *El Zapallar* | 1 |
| *Las Palmas* | 1 |


CASTELLI
EL ZAPALLAR
P R SAENZ PENA
P DE LA PLAZA
PTO BERMEJO
LAS PALMAS
VILLA ANGELA
CHARATA
RESISTENCIA
CHACO

## GOBERNACION DE FORMOSA

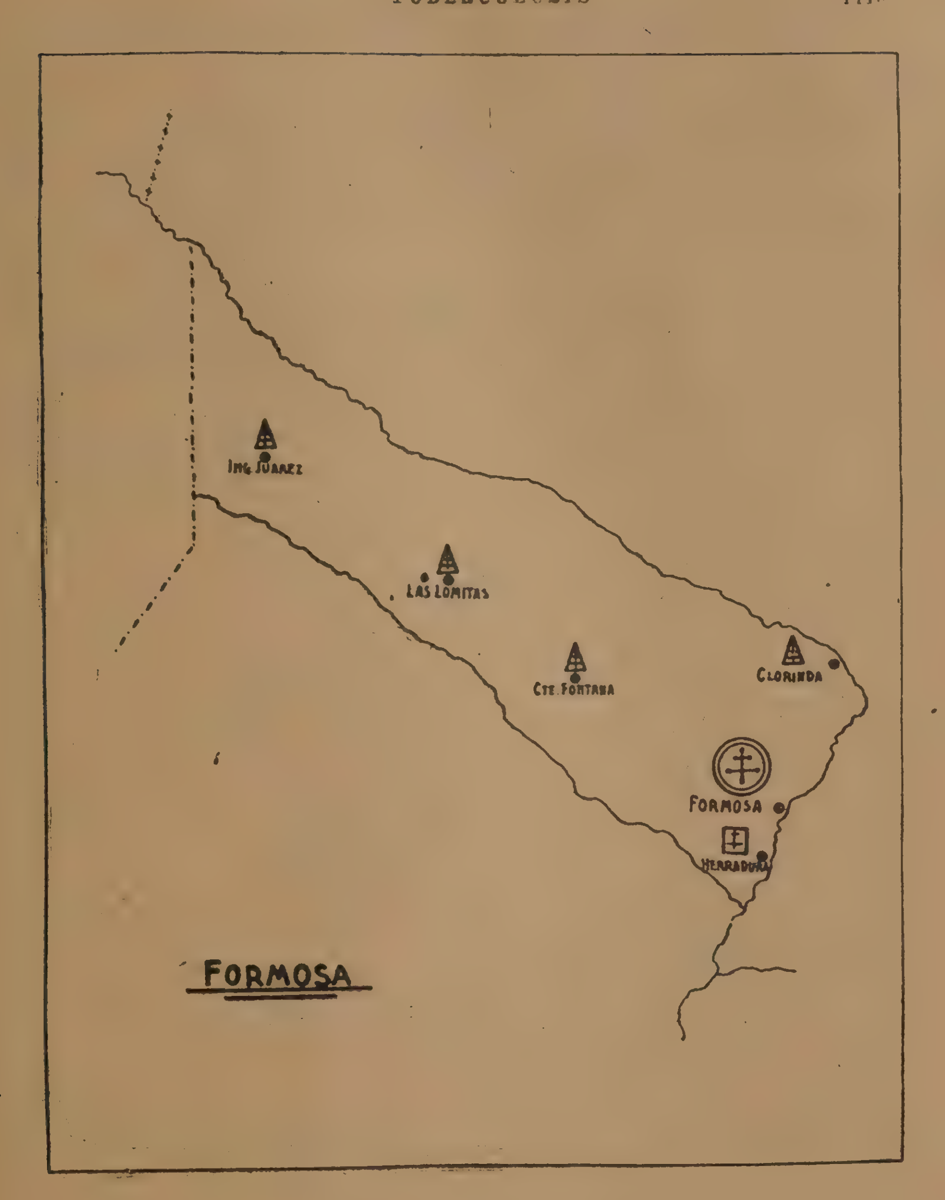
Población aproximada: 64.000 habitantes.
Mortalidad anual por tuberculosis: no establecida.
Organismos existentes: 0 camas. 0 Dispensarios.
Se proyecta: 175 camas. 6 Dispensarios.

*Sanatorio-Hospital*: *Capital* (150 camas), 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Anexos Tisiológicos*: *Clorinda* (10 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias anexo al Hospital local menor.
*Ingeniero Juárez* (5 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias anexo a la unidad sanitaria.
*Las Lomitas* (5 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Centros de Vías Respiratorias*:

*Herradura* 1


ING. JUAREZ
LAS LOMITAS
CTE. FONTANA
CLORINDA
FORMOSA
HERRADURA
FORMOSA

## GOBERNACION DE MISIONES

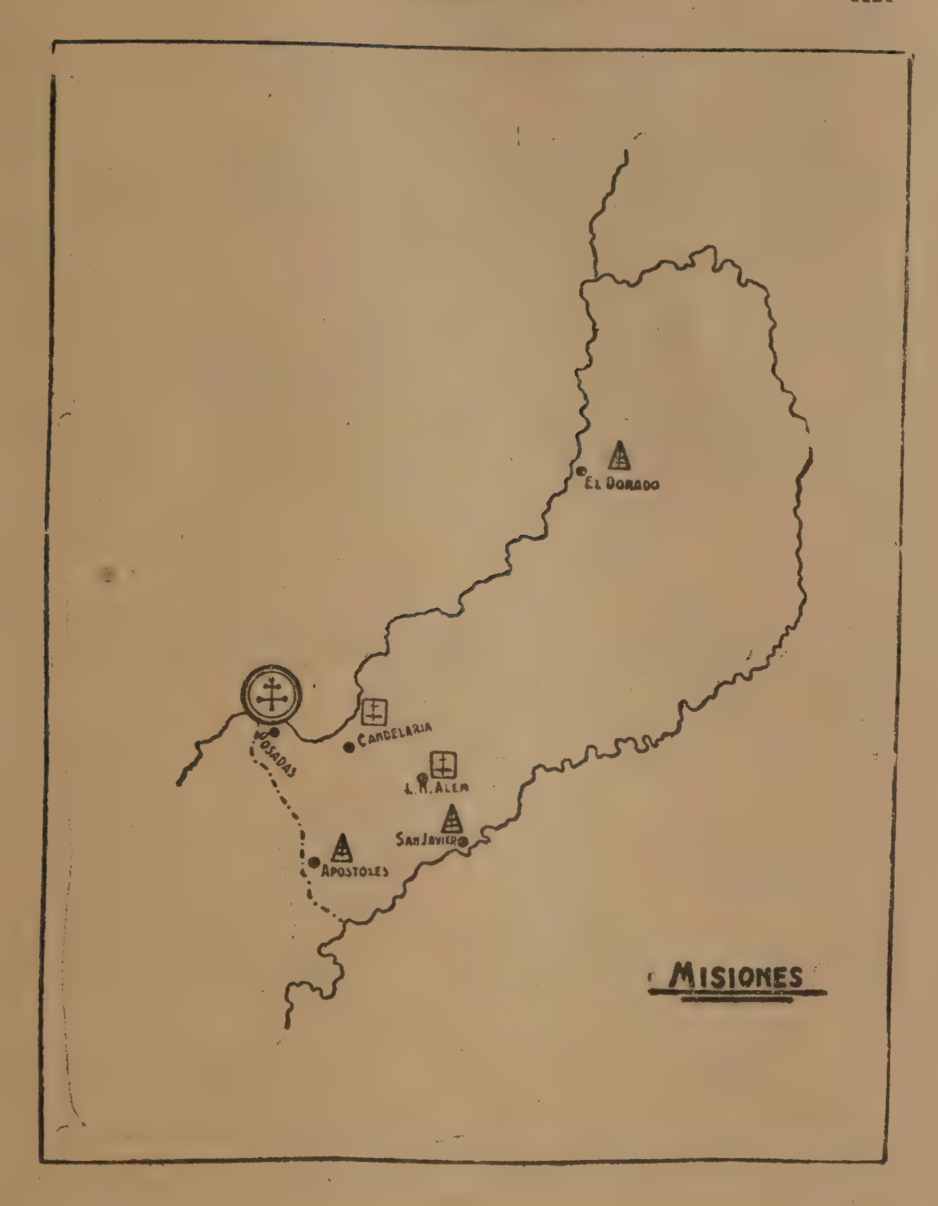
Población aproximada: 191.800 habitantes.
Mortalidad anual por tuberculosis: no establecida.
Organismos existentes: 40 camas. 1 Dispensario nacional.
Se proyecta: 175 camas. 6 Dispensarios.

*Sanatorio-Hospital*: ***Posadas*** (150 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias anexo.

*Anexos Tisiológicos*: ***El Dorado*** (30 camas) anexas al Hospital local menor, más 1 Centro de Vías Respiratorias.
***Apóstoles*** (20 camas), más 1 Centro de Vías Respiratoiras.
***San Javier*** (10 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Centro de Vías Respiratorias*:

| | |
|---|---|
| ***Candelaria*** | 1 C. de V. Respiratorias |
| ***L. N. Alem*** | 1 C. de V. Respiratorias |


El Dorado
Posadas
Candelaria
L. N. Alem
San Javier
Apostoles
MISIONES

## GOBERNACION DE LA PAMPA

Población aproximada: 167.352 habitantes.

Mortalidad anual por tuberculosis: no establecida.

Organismos existentes: 1 Dispensario Nac. Antituberculoso en Santa Rosa. 10 camas en el Hospital Común Regional de Santa Rosa.

Se proyectan: 310 camas. 6 Dispensarios.

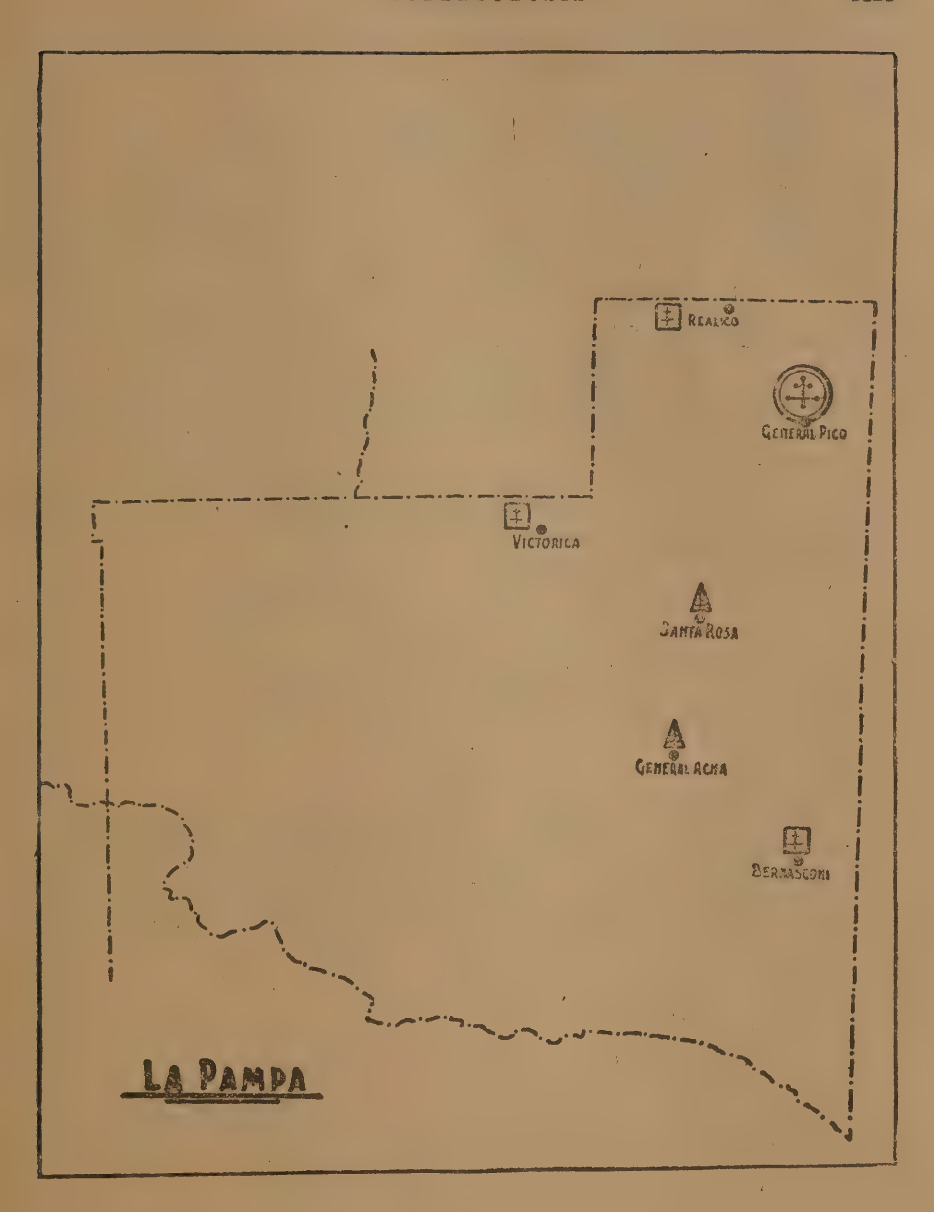
*Sanatorio-Hospital*: *General Pico* (250 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Anexo Tisiológico*: (1) *Santa Rosa* (50 camas) anexas al Hospital Común Regional, más 1 Centro de Vías Respiratorias.
*General Acha* (10 camas) al Hospital local menor, más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Centros de Vías Respiratorias*:

| | |
|---|---|
| *Realicó* | 1 |
| *Victorica* | 1 |
| *Bernasconi* | 1 |

(1) Está presupuestado en 250.000 pesos moneda nacional con cargo a la ley 12.578 A . 10 - 29 - 1. (Construcción de un pabellón de 50 camas y ampliación de la cocina existente).


Realico
General Pico
Victorica
Santa Rosa
General Acha
Bernasconi
La Pampa

## GOBERNACION DE RIO NEGRO

Población aproximada: 140.727 habitantes.

Mortalidad anual por tuberculosis: no establecida.

Organismos existentes: 0 camas. 1 Dispensario Nacional de reciente creación (1946).

Se proyectan: 300 camas. 10 Centros de Vías Respiratorias.

*Sanatorio-Hospital*: *Fuerte General Roca* (180 camas). 1 Centro de Vías Respiratorias anexo.

*Anexos Tisiológico*: (1) *Allén* (50 camas). 1 Dispensario o Centro de Vías Respiratorias anexo.

(2) *San Carlos de Bariloche*: 1 Pabellón de 50 camas anexas al Hospital Común Regional, más 1 Centro de Vías Respiratorias.

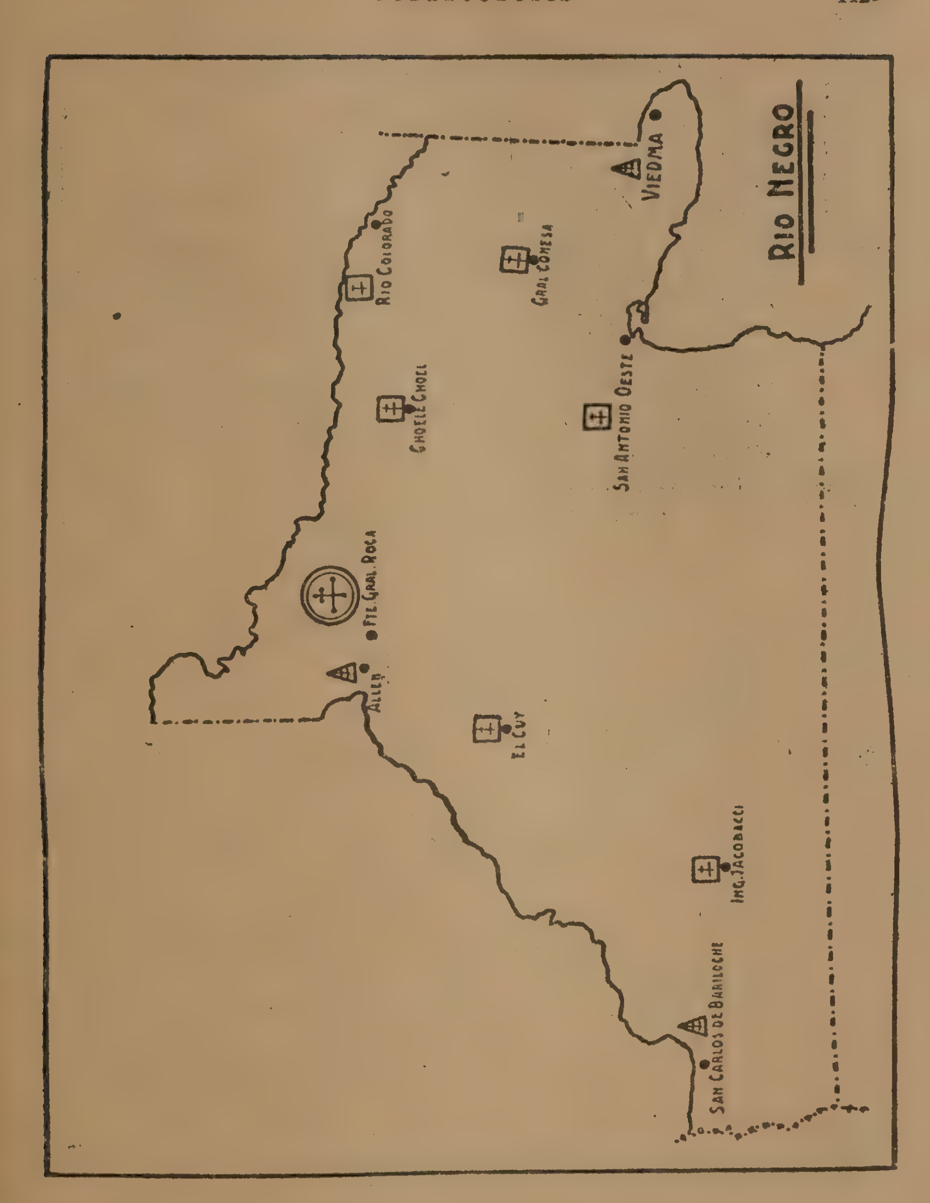
*Viedma* (50 camas) anexas al Hospital local mayor proyectado, más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Centros de Vías Respiratorias*:

| | |
|---|---|
| *General Conesa* | 1 |
| *Choele-Choel* | 1 |
| *Río Colorado* | 1 |
| *San Antonio Oeste* | 1 |
| *Ingeniero Jacobacci* | 1 |
| *El Cuy* | 1 |

(1) Presupuesto de la obra $ 250.000 pesos moneda nacional a realizarse con cargo a a Ley 12.578 A 10-29-1. Construcción del pabellón de 50 camas en el Hospital Común Regional de Allen en Río Negro.

(2) Existen votados $ 150.000 pesos moneda nacional para la construcción de un pabellón de 30 camas en el Hospital Común Regional de Bariloche a realizarse con cargo a la ley 12.578 A-10-29-1.

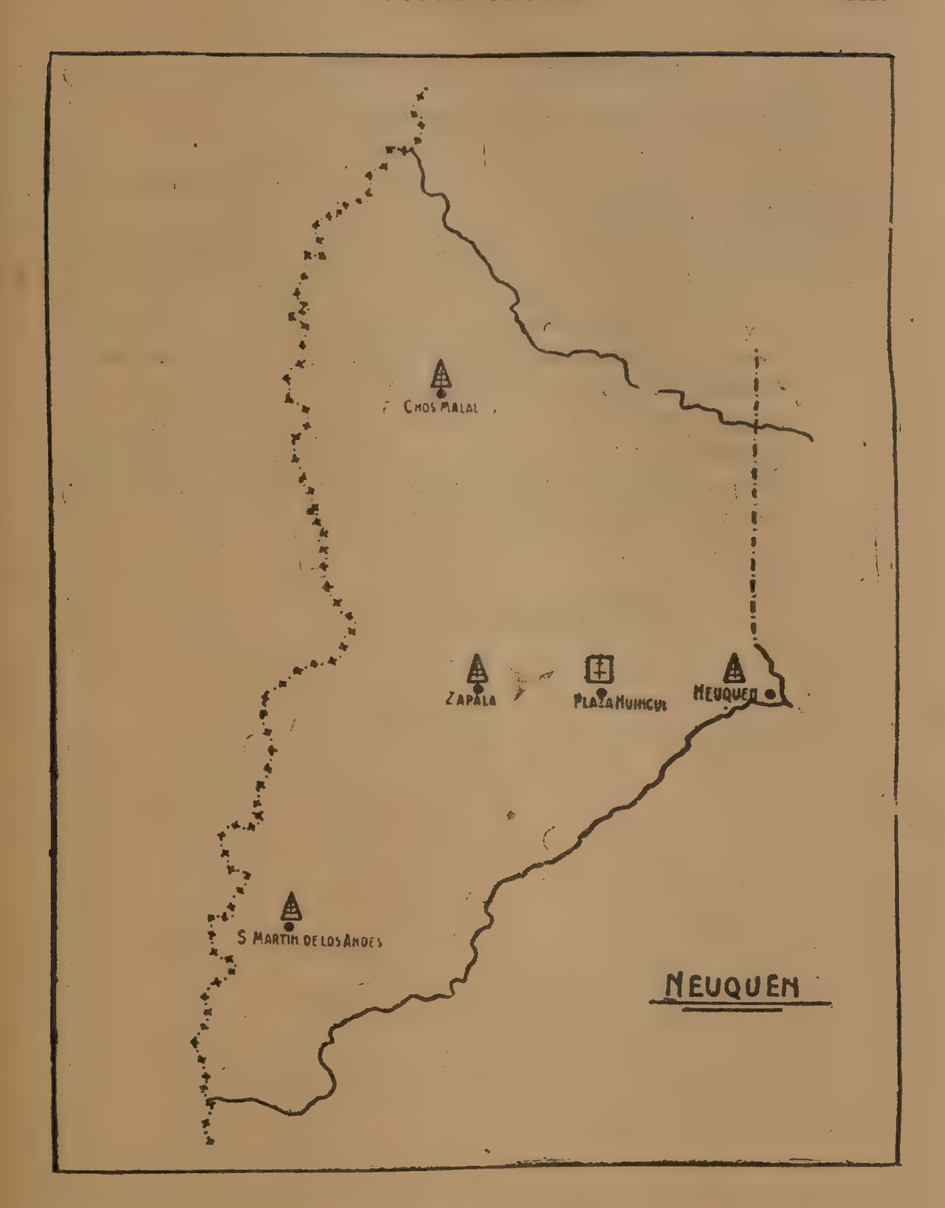

RIO NEGRO
VIEDMA
RIO COLORADO
GRAL CONESA
CHOELE CHOEL
SAN ANTONIO OESTE
FTE. GRAL. ROCA
ALLEN
EL CUY
ING. JACOBACCI
SAN CARLOS DE BARILOCHE

## GOBERNACION DE NEUQUEN

Población aproximada: 61.437 habitantes.
Mortalidad anual por tuberculosis: no establecida.
Organismos existentes: 0.
Se proyectan: 110 camas. 8 Centros de Vías Respiratorias.

*Anexos Tisiológicos*: *Neuquén*: 30 camas anexas a la ampliación de la Asistencia Pública, más 1 Centro de Vías Respiratorias.
*Zapala*: 1 Pabellón de 60 camas anexo al Hospital local menor, a construirse sobre la base de las 25 camas existentes.
*Chos-Malal*: 10 camas, más 1 Centro de Vías Respiratorias.
*San Martín de los Andes*: 10 camas, más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Centros de Vías Respiratorias*:
*Plaza Huincul* 1


CHOS MALAL
ZAPALA
PLAZA HUINCUL
NEUQUEN
S. MARTIN DE LOS ANDES
NEUQUEN

## GOBERNACION DE CHUBUT

Población aproximada: 90.914 habitantes.
Mortalidad anual por tuberculosis: no establecida.

Organismos existentes: el Hospital Municipal de Comodoro Rivadavia destina algunas camas.

Se proyectan: 205 camas. 6 Centros de Vías Respiratorias.

*Anexos Tisiológicos*: *Trelew* (100 camas) Hospital local mayor, más 1 Centro de Vías Respiratorias.

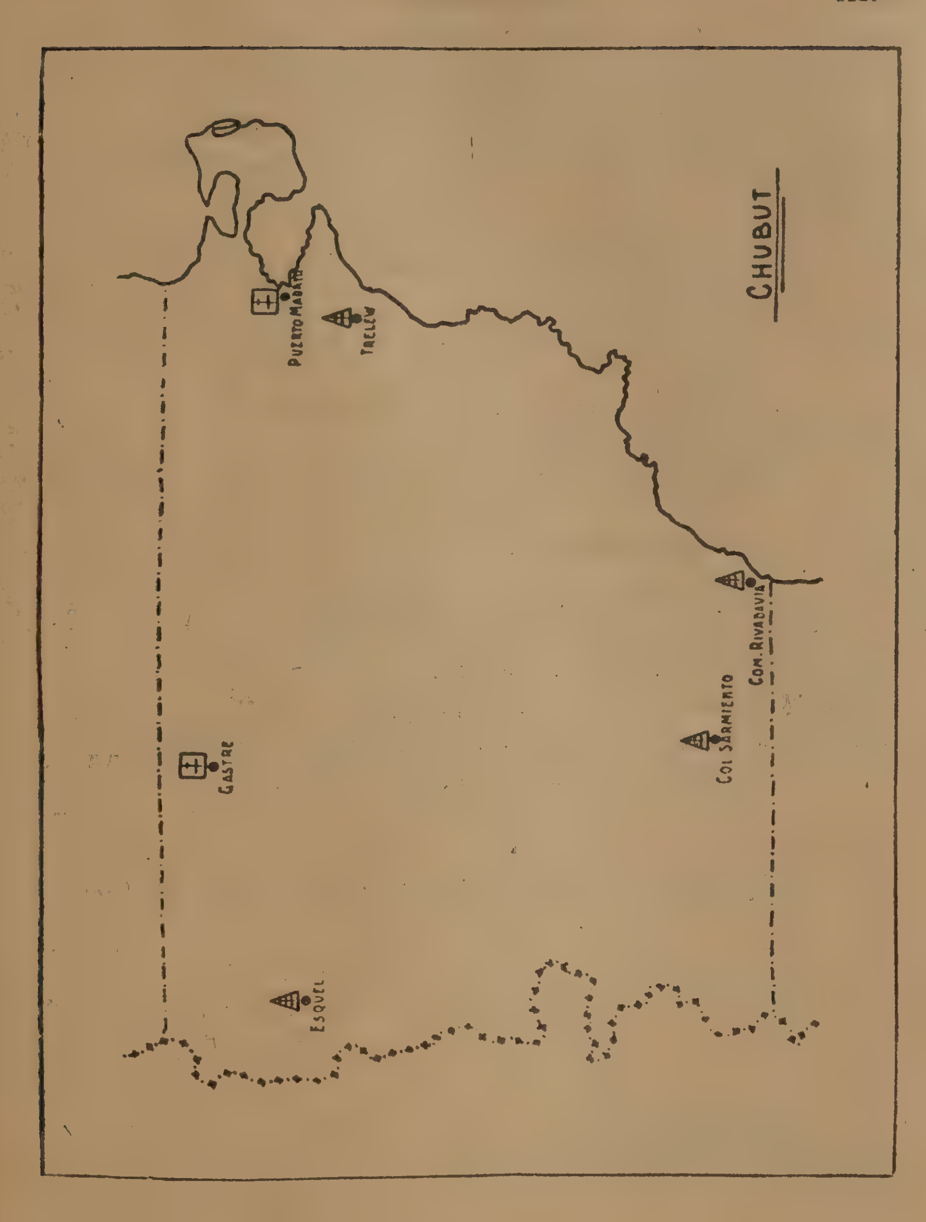
*Comodoro Rivadavia* (50 camas) Hospital Municipal, más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Esquel* (50 camas) Hospital local mayor, más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Colonia Sarmiento* (5 camas) anexas al Hospital local menor, más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*Centros de Vías Respiratorias*:

| | |
|---|---|
| *Gastres* | 1 |
| *Puerto Madryn* | 1 |


CHUBUT
TRELEW
COM. RIVADAVIA
COL SARMIENTO
GASTRE
ESQUEL

## GOBERNACION DE SANTA CRUZ

Población aproximada: 24.551 habitantes.

Mortalidad anual por tuberculosis: no establecida.

Organismos existentes: 10 camas en el Hospital Regional en Río Gallegos.

Se proyectan: 45 camas. 4 Dispensarios.

*Anexos Tisiológicos*: *Río Gallegos* (30 camas) anexas al Hospital en construcción. (1)

*Puerto Deseado* (10 camas), más 1 Centro de Vías Respiratorias.

*San Julián* (5 camas) anexas al Hospital Municipal.

*Centros de Vías Respiratorias*:

*Comandante Piedrabuena* 1 anexo a la unidad sanitaria

## GOBERNACION DE TIERRA DEL FUEGO

Población aproximada: 24.551 habitantes.

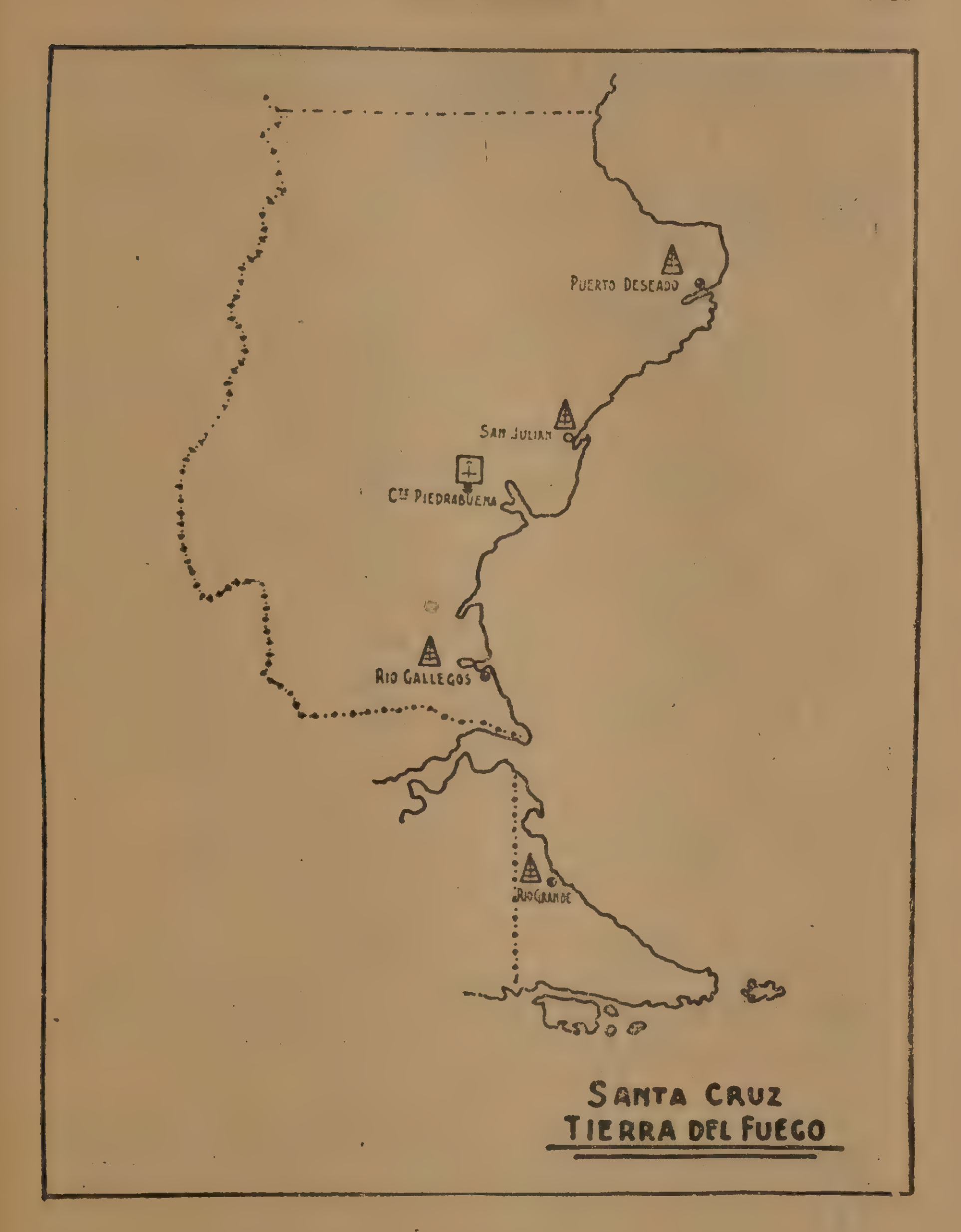
Mortalidad anual por tuberculosis: no establecida.

Organismos existentes: 0 camas.

Se proyectan: 10 camas. 1 Dispensario.

*Anexos Tisiológicos* (10 camas) en el Hospital en construción de *Río Grande*. 1 Centro de Vías Respiratorias anexo.

(1) Existen votados 100.000 pesos moneda nacional a cargo de la ley 12.578 A-10-29-1.


Puerto Deseado
San Julian
Cte Piedrabuena
Rio Gallegos
Rio Grande
Santa Cruz
Tierra del Fuego

*Número global de camas y centros de vías respiratorias cuya construcción se proyecta en la Capital Federal, provincias y territorios*

| | | Camas | C. V. Respiratorias |
|---|---|---|---|
| Capital Federal | | 1740 | |
| Provincia | Buenos Aires | 50 | |
| » | Santa Fe | 530 | 15 |
| » | Córdoba | 1270 | 1 |
| » | Santiago del Estero | 425 | 13 |
| » | San Luis | 220 | 10 |
| » | San Juan | 310 | 6 |
| » | Mendoza | 360 | 14 |
| » | Salta | 445 | 16 |
| » | Catamarca | 430 | 4 |
| » | Tucumán | 430 | 13 |
| » | Jujuy | 285 | 11 |
| » | La Rioja | 360 | 4 |
| » | Corrientes | 400 | 8 |
| » | Entre Ríos | 405 | 14 |
| Gobernación | del Chaco | 400 | 9 |
| » | de Formosa | 175 | 6 |
| » | Misiones | 210 | 6 |
| » | La Pampa | 310 | 6 |
| » | Río Negro | 300 | 10 |
| » | del Chubut | 210 | 6 |
| » | Neuquén | 110 | 5 |
| » | Santa Cruz | 45 | 4 |
| » | Tierra del Fuego | 10 | 1 |
| | Total | 9420 | 182 |

## RELACION CON EL PROYECTO DE CODIGO SANITARIO

### *Algunas consideraciones acerca de los artículos vinculados a la legislación antituberculosa*

Sabemos, y como tal lo hemos definido, que la tuberculosis es una enfermedad social, y que en virtud de ello crea problemas en los cuales tiene atingencia predominante, no el individuo aislado, sino la colectividad. Además, hemos considerado también, que al concepto de tuberculosis como enfermedad social, debe incorporarse la noción de higiene social, entendiendo por ello una higiene de las masas, cuya aplicación compete al Estado y le corresponde, puesto que ni el individuo, ni la familia, pueden hacerlo con éxito. La higiene social debe eliminar los diferendos económicos de las diferentes clases sociales, tendiendo, desde el punto de vista de la salud

de la colectividad, a adoptar temperamentos igualitarios. Si a ello agregamos que la higiene social, además de actuar sobre grandes núcleos humanos, necesita muchas veces, para su mejor y mas útil ejercicio, imponer cargas tributarias, coartar la libertad individual, crear organismos, etc., comprenderemos en toda su amplitud, la necesidad de una legislación especial y codificada, que dicte el Estado y que facilite la acción de una lucha antituberculosa sin cuartel.

A estos efectos, la Secretaría de Salúd Pública de la Nación ha elaborado un proyecto de ley, aprobando los principios y las bases del Código Sanitario Nacional, algunos de cuyos artículos o incisos fundamentan la labor del Código de la Tuberculosis en plena ejecución.

El Art. 1.°, el Art. 2.°, el Art. 3.° inc. «c» y«e», el Art. 5.° incisos 3 al 13 y 57, que han sido comentados, sin mencionarlos en el texto de la organización de la lucha y que constituyen el cuerpo de doctrina de la misma, establecen la función que la Secretaría de Salud Pública tendrá en materia de lucha antituberculosa, y definen y concretan los objetivos de la creación de una dirección nacional en esa materia, la que tendrá a su cargo, además de la aplicación estricta de su instrumento legal, el Código de la Tuberculosis, la orientación científica, técnica y administrativa de la profilaxis y asistencia de los tuberculosos de la República, ejerciendo a esos efectos las siguientes prerrogativas:

a) Tomará a su cargo el complejo sanitario de la tuberculosis en todo el país, formado por las secciones especializadas de los dispensarios de higiene social o centros de salud nacionales, provinciales, comunales y de orden privado, oficializados o subvencionados.

b) Asumirá la dirección técnica y administrativa de todos los hospitales, hospitales-sanatorios, pabellones, institutos, preventorios, colonias y demás establecimientos o servicios destinados al aislamiento, cura y preservación de la tuberculosis, actualmente sostenidos con fondos del Tesoro de la Nación.

c) Asumirá, previo acuerdo con las autoridades correspondientes, la dirección técnica y administrativa de los establecimientos o servicios similares pertenecientes a las provincias y a las comunas, que en cualquier forma hayan recibido o reciban fondos del Tesoro Nacional para su construcción, implantación o sostenimiento.

d) Asumirá la dirección técnica y el contralor administrativo de los establecimientos o servicios similares de las instituciones de orden privado subvencionadas por el Tesoro de la Nación.

e) Creará, dirigirá y sostendrá nuevos establecimientos y servicios destinados a la lucha contra la tuberculosis; activará las construcciones iniciadas, tratando de lograr que se llegue a la dotación mínima de una cama por cada deceso de tuberculosis.

f) Fundará y promoverá la fundación de escuelas para la especialización del personal técnico (médicos, odontólogos, radiólogos, laboristas, visitadores, enfermeros, etc.), dictando las normas y programas para estos cursos tisiológicos y creando becas para estos estudios.

g) Promoverá acuerdos con las Universidades, sociedades científicas y otros institutos de educación, a fin de coordinar orientaciones y métodos en la enseñanza, estudio y difusión de la lucha antituberculosa.

h) Mantendrá una estadística permanente de la morbiletalidad tuberculosa.

i) Dispondrá lo conducente para el estudio de la climatología, con relación a la lucha antituberculosa.

j) Contratará especialistas en el país o en el extranjero.

k) Organizará conferencias y congresos nacionales antituberculosos, y tendrá a su cargo las relaciones oficiales de la Nación, con la Unión Internacional contra la Tuberculosis u otros organismos similares.

l) Realizará e intensificará la publicidad para la educación higiénica popular, y reglamentará la forma de toda propaganda antituberculosa, que en lo sucesivo quedará sujeta a su contralor directo.

ll) Vigilará el funcionamiento de las asociaciones mutualistas, que directa o indirectamente acuerden socorros a sus asociados o familiares para la asistencia de la tuberculosis, o para compensar la invalidez resultante de esta enfermedad, pudiendo recurrir a la autoridad en demanda de las medidas pertinentes, cuando a su juicio resulten perjudicados los intereses de los socios.

m) Hará cumplir las disposiciones de la declaración, notificación o denuncia obligatoria, de los casos confirmados de tuberculosis.

n) Prescribirá las medidas conducentes para hacer efectiva la vacunación antituberculosa de los no infectados, mediante los procedimientos consagrados en el campo de la medicina preventiva.

ñ) Estudiará las bases para creación y organización de un seguro de enfermedad, (o de una Caja Nacional de Previsión de la Tuberculosis, pudiendo vincular su organización, ré-

gimen actuarial, aportes, recaudaciones, beneficios y subsidios, a un sistema de seguros de enfermedad e invalidez).

o) Intervendrá, asesorando en la distribución de todos los subsidios acordados por el Estado Nacional, a asociaciones o entidades que dirijan su acción contra la tuberculosis, de acuerdo con la importancia de la obra prevista y sus realizaciones, a cuyo efecto no podrá extenderse ninguna orden de pago sin informe favorable de la Secretaría de Salud Pública, y ésta a su vez, tendrá facultades para oponerse a la inversión de las partidas fijadas, toda vez que se comprobara o previera una utilización defectuosa de las mismas.

p) Dispondrá de los productos de granja y de pequeñas industrias procedentes de las colonias de convalecientes, *sanatorios-talleres, talleres-colonias o establecimientos similares,* para satisfacer las necesidades de los organismos que estén bajo su dependencia, y venderlos si existieran sobrantes.

q) Dictaminará y *fiscalizará* en las solicitudes de autorización de rifas o colectas, a beneficio de las instituciones antituberculosas de orden privado.

r) Coordinará y regulará entre sí los distintos servicios a su cargo y los armonizará con los que dependan de otras entidades.

rr) Dispondrá las reglamentaciones concernientes a la preservación y profilaxis de la tuberculosis en el país, y elaborará los planes que repute necesarios para promover el adelanto de la legislación sanitaria antituberculosa.

s) Designará *delegaciones* en las provincias, y convendrá con los gobiernos de las mismas, con las municipalidades y con las instituciones privadas que se consagren a la lucha contra la tuberculosis, las medidas tendientes a unificar su acción.

*Finalidad*

El Plan Quinquenal busca, como primer objetivo, poner orden en los diferentes aspectos de la lucha contra la tuberculosis, planificando la distribución científica de los organismos constituyentes que a ella pertenecen, los que deben anexársele en cumplimiento de la Ley 12.397, y los pertenecientes al dominio nacional, municipal y de beneficencia, que incorporarán en el futuro.

Distribuirlos científicamente, significa hacerlo en un todo de acuerdo a los índices de morbilidad y mortalidad de cada región del país, una vez organizados con directivas uniformes para que no desvirtúen sus funciones reales.

Así creadas las bases que justifiquen la unidad de la lucha bajo las directivas de la Secretaría de Salud Pública, ésta podrá cumplir las finalidades fundamentales del Plan Quinquenal, a saber:

1.° — *Evitar que la tuberculosis siga avanzando.* Países como Holanda, Dinamarca, Inglaterra, Alemania y los Estados Unidos, antes de la guerra, vieron disminuir la mortalidad por tuberculosis en la proporción del 50 al 60 o|o en relación con la que registraban a principios del siglo. Resultado admirable, cuyo secreto está en la educación sanitaria de la población por una parte, y por otra en la protección del niño, la buena vivienda, alimentación suficiente y trabajo rodeado de garantías higiénicas.

Vemos que para evitar el avance de la tuberculosis, lo importante son las medidas preventivas, y nuestro programa debe tender directamente a la supresión del contagio de la tuberculosis.

2.° — *Evitar muertes por tuberculosis que son perfectamente evitables.* Las cifras medias de mortalidad en nuestro país oscilan entre el 8 a 10 por 10.000 en la Capital Federal y parte del litoral; hasta el 18 y 20 por 10.000 en Salta, Tucumán y Tierra del Fuego. En los países adelantados en la lucha, antes de la guerra, no pasaba de 3 a 5 por 10.000 su índice de mortalidad. Es necesario colocarnos a la par de estos últimos índices. Son ellos los que deben guiar nuestra acción y no los de países con índices iguales o superiores al nuestro. Evitar las muertes evitables, es un deber elemental en todo país civilizado. La tuberculosis, enfermedad contagiosa y muy difundida, es felizmente enfermedad evitable puesto que se conoce su germen, se sabe cómo se contagia y cuáles son los factores que más contribuyen a que se mantenga y extienda entre los humanos.

En el diagnóstico precoz, por la búsqueda sistemática de la enfermedad, reside el secreto de la curación de la tuberculosis; pues gracias a ese diagnóstico precoz se pueden poner en práctica los tratamientos, que en ese momento y no después, pueden dominar con seguridad el mal.

De ahí la urgencia en disponer de los medios necesarios para el catastro de los familiares, convivientes y contactos a partir de focos conocidos y si fuera posible, ir más allá y llegar hasta el examen periódico y sistemático de la población supuesta sana.

3.° — *Substraer a los enfermos precozmente del trabajo.* No bastan los progresos de la higiene urbana y rural, las medidas de protección e higiene industrial y del trabajo. Es necesario brindar al enfermo la posibilidad de abandonar su labor sin que los gastos por asistencia médica, y los requerimientos económicos de su familia, le afecten física y moralmente, impidiendo que se someta a una asistencia precoz y completa.

Urgen las leyes de amparo que harán desaparecer la ansiedad, que es el elemento que más grava la felicidad y la salud de los hombres; por eso todo lo que contribuya a disminuirla (seguro de enfermedad, a la vejez, etc.), contribuirá más que nada a evitar la tuberculosis y muchas otras enfermedades orgánicas y funcionales.

4.° — *Hay que internar a los enfermos tuberculosos para evitar el contagio y para su mejor tratamiento.* Sin los hospitales, sanatorios y colonias indispensables, nada podrán hacer las autoridades sanitarias, y todo lo que se intente en el campo de la profilaxis, no bastará para reemplazar este aspecto asistencial de la lucha.

Por ello el Plan Quinquenal pide por lo menos una cama por cada muerte por tuberculosis. Necesitamos urgentemente 10.000 camas más, para adecuarlas a la distribución geográfica del flagelo y cumplir con el deber humano de facilitar a cada tuberculoso en cualquier punto del país un lecho que haga posible su aislamiento y cura.

5.° — *Ahorrar al país los millones de pesos que se pierden por tuberculosis de sus habitantes.* Aplicando el valor económico del hombre a la tuberculosis, resulta en concepto de morbilidad tuberculosa manifiesta y de mortalidad tuberculosa, una pérdida anual que en conjunto importa un quebranto de más de 300 millones de pesos para la economía del país. Esto, a la luz de datos estadísticos incompletos y refiriéndolos al costo medio de vida en la pre-guerra.

Ahorrar tan ingentes sumas al erario público, es de valor escaso comparado con las muchísimas vidas que este plan se propone salvar y que valen mucho más. Evitaremos así que se nos pueda decir lo que un visitante le dijo a la reina Victoria: «Inglaterra cuida de sus cosas, pero dilapida sus habitantes».

## CAPITULO XX

## *HIGIENE INDUSTRIAL Y MEDICINA DEL TRABAJO*

*El Estado, que debe velar por el capital humano, fuente de economía y grandeza del país, tiene en estos momentos la gran responsabilidad de concretar en un plan orgánico los medios que aseguren la conservación de la salud y el mejoramiento de la eficiencia del trabajador.*

### Consideraciones Generales

La necesidad del hombre de proveerse de todo lo preciso para su subsistencia, en primer término, y la de mejorar sus condiciones de vida después, lo han llevado a disponer la mayor parte de sus energías hacia ese fin. No fueron meros pasatiempos la caza y la pesca en la era prehistórica; fueron una manifestación de la actividad humana que se conoce con el nombre de **trabajo.**

Estos seres primitivos, rodeados de peligros, se congregaron para defenderse entre sí, y con el nacimiento de esa sociedad primigenia, se hizo necesaria la división de responsabilidades, y mientras unos se dedicaban —dadas sus facultades— a aportar los elementos primarios, otros más diestros o más ingeniosos les dieron aplicación. Los conocimientos de las personas que así actuaron se transmitieron de generación en generación, formando gremios, que fueron perfeccionándose en sus métodos.

Mientras estos artesanos pudieron actuar dentro de límites estrechos, como fué en la antigüedad y en la Edad Media y Moderna, no hubo problemas que sobrepasaran lo particular de cada caso, pero con el advenimiento del maquinismo y la producción en masa en el siglo XIX, se extendieron a multitud de individuos que se dedicaban a cada industria. Las máquinas, en su primer concepto, se construyeron para facilitar la tarea del hombre; luego, la necesidad de abastecer mercados de gran consumo y la competencia hicieron que esas máquinas produjeran toda la cantidad posible, y fué ese el momento en que dejó «la máquina de servir al hombre, para ser el hombre el que sirviese a la máquina».

El trabajo, que constituye la manifestación más extensa de la vida social y que insume gran parte de la vida individual, no podía

menos de ser pernicioso para quienes debían adaptar su ritmo psicofisiológico, siempre sujeto a variación, al ritmo igual e inexorable de las máquinas. Los locales de trabajo no tenían otra misión que la de albergar máquinas y hombres al más bajo costo, por lo que no se cuidaban las más mínimas condiciones de higiene y salubridad.

Los trabajadores, en largas horas de jornada, expuestos a las agresiones de los productos que elaboraban, sin defensa en las manipulaciones peligrosas y en medios donde la luz y el aire escaseaban, adquirían enfermedades o se accidentaban, quedando inválidos para el resto de sus días. Esas afecciones, producto único y exclusivo del trabajo, y que reciben el nombre de tecnopatías, predisponen a los obreros a adquirir las enfermedades comunes, pues al disminuir sus defensas, agotan todos los medios que posee el organismo para luchar contra el mal. En tales circunstancias, ese maquinismo francamente desorbitado no puede menos de tildarse de mal social.

El trabajo trae aparejada, a quien lo ejecuta cierta cantidad de peligros que se conocen bajo el rótulo de «riesgo profesional». La parte de este riesgo que incide sobre la integridad física y espiritual, llevando al hombre a una disminución de su estado de salud, capacidad de labor y aun a la muerte, es lo que concierne a la Medicina de Trabajo.

Al estudiar la personalidad del hombre con respecto al trabajo, las previsiones en cuanto a la conservación normal de la fisiología y energía productivas, las acciones lesivas del trabajo, busca los medios para subsanarlos y da las normas y prácticas asistenciales para la tutela económica y social del mismo.

En la actualidad va aun más adelante esta rama de la medicina, pues no sólo se encamina a asegurar la conservación del estado de salud, sino que tiende a mejorar los factores ambientales, en forma tal, que las tareas habituales resulten cómodas y agradables. Al perseguir ese fin, se trata de convertir el trabajo, hasta el presente con repercusiones nocivas sobre la psicofísica individual, en una actividad saludable, que al mismo tiempo que necesaria, sea fuente de alegría y bienestar, dando trabajadores sanos y eficientes.

La investigación de los lugares de trabajo, factores ambientales a los que el obrero no puede substraerse, debe ser el primer paso en la busca de las causas de accidentes, enfermedades o entorpecimientos en la labor. La influencia de la temperatura, la humedad, ruido, etc., sobre el organismo; las exigencias orgánicas, en cuanto a ventilación e iluminación se refiere, exigen mediciones, cuyos valores no deben buscarse en la apreciación subjetiva, un tanto variable, sino que deben traducirse en números que sólo procedimientos propios de la física son capaces de proporcionar. En algunas ocasio-

nes y lugares, la provisión de agua potable y el análisis de las substancias que se encuentran en el ambiente exigirá de la química métodos precisos.

La ingeniería sanitaria, con la cual tiene íntimas conexiones la Medicina del Trabajo, se encarga de dar solución a todos los problemas confirmados en las investigaciones anteriores, construyendo edificios aptos en lugares adecuados, adonde el obrero concurre satisfecho.

Contempla también la disposición de vestuarios cómodos, comedores limpios y amplios, baños y lavatorios y, en fin, todo cuanto contribuya a aumentar el confort del trabajador, quien, al familiarizarse con muchas prácticas higiénicas y de orden, las lleva a su hogar, teniendo así gran valor educativo social.

El hombre, sometido a una actividad de cualquier naturaleza, consume energías que se agotan al cabo de un tiempo, si un descanso reparador no se interpone entre una y otra jornada de labor. Esto constituye la fatiga que, conforme a la tarea realizada, se hace presente después de un lapso más o menos largo, y que, dentro de los límites que establece la biología, puede considerarse normal o patológico.

Las causales que influyen para que aparezca o no más rápidamente, interesan también a la Medicina del Trabajo, la que valorando cada una de ellas, elabora códigos y reglamentaciones y orienta a los individuos a determinada especialidad por sus condiciones, tanto físicas como psíquicas. La confección de tablas y la utilización de test apropiados, suministrados por la psicología experimental, permite seleccionar al obrero, quien trabaja así en lo que le agrada, sin desperdiciar energías, siendo útil y encarando el trabajo con optimismo.

Evidentemente, toda ocupación debe ser remunerada. Pero, ¿cómo ha de fijarse esta remuneración? Otra rama de la ciencia, la Economía, ayuda a resolver el problema, pero son las Ciencias Sociales las que le exigen que el salario sea digno y que pueda llenar las necesidades del obrero y su familia. El hogar, célula de la sociedad, para quedar firmemente constituído, debe estar garantizado por un apoyo económico seguro que libre al obrero de angustias pecuniarias.

¿De qué vale ofrecerle al trabajador grandes comodidades en el lugar de labor, si al término de su jornada no puede reponer energías con una alimentación suficiente y debe hacinarse en una habitación insalubre? Es, pues, de la incumbencia de la Medicina del Trabajo el investigar primero, proponer mejoras luego, y vigilar siempre el medio en el cual vive el trabajador. Dar normas de las condiciones que debe reunir la habitación obrera y llevar al seno familiar, por diferentes medios, el conocimiento de las ventajas que reporta una vida regular, sobria e higiénica.

La vida moderna y las necesidades han llevado a las mujeres y a los niños al seno de las fábricas. Sus organismos, más frágiles, sucumben más pronto ante las agresiones de diversa índole a que están sometidos. La calidad del trabajo, la duración de la jornada, el horario, gravitan, pues, con más intensidad en ellos, y la promulgación de leyes especiales de protección al menor, a la mujer, a la embarazada, se hace de común con las normas del Derecho y de la Medicina del Trabajo. Interesa más al Estado una madre que le dé hijos sanos y fuertes, que una obrera.

Más o menos, todos estos problemas que plantea el trabajo y que trata de resolver la medicina, se condensan en guarismos de los que resultan índices, tablas y gráficos demostrativos que objetivizan y facilitan la labor de síntesis. De ellos se entresacan causales de producción de accidentes, lugares de insalubridad, porcentaje de morbi-mortalidad en las diferentes industrias, etc.

Todo esto es el vasto campo de la Medicina del Trabajo, que logrará que las labores mantengan en permanente estado de euforia al individuo, creando la salud en vez de destruírla.

Así lo han entendido en Europa y en los Estados Unidos, donde institutos y escuelas especializados permiten la investigación y ampliación de sus conocimientos a los profesionales que se abocan al estudio de los problemas médicos del trabajo. En nuestro país, salvo esfuerzos aislados, aunque no por eso menos meritorios, esos problemas no han recibido aún la atención debida. La nueva orientación social y económica se encamina a esos horizontes a pasos gigantescos.

## AMBIENTE DE TRABAJO

*La fábrica o taller, lugar donde trabajan hombres, mujeres y menores, debe adaptarse a sus necesidades de orden psíquico y fisiológico.*

El lugar donde el obrero ejecuta sus tareas, la naturaleza de su labor, sus compañeros, forman por así decirlo el clima fabril, de características propias y sujeto a variantes, como todos los climas. Ese ambiente es el compañero cotidiano e inseparable del obrero, quien está sometido a su acción perniciosa o benéfica, según en él se contemplen las necesidades que concurren a un buen funcionamiento fisiológico o no. Este clima fabril está creado por el hombre y, por ende, modificable en sus diferentes aspectos.

Al iniciarse la gran industria se contemplaron las necesidades fabriles, no las humanas; por eso se está haciendo necesario descubrir qué factores actuaban en el organismo obrero, afectando su salud.

Los mismos empleadores asombrados, cuando no asustados de los efectos que producían entre sus trabajadores, investigaron las causas y subsanaron algunas, pero el ambiente necesitaba una valoración justa y precisa, y allí concurrió la ciencia.

Los problemas que plantea ese ambiente son diversos, y el aire, elemento al cual no puede subtraerse el obrero, adquiere suma importancia; pero existen otros factores que inciden sobre los diversos aparatos y órganos causando efectos, ya localizados, ya de repercusión general sobre el organismo.

El aire es un gas del cual extraemos el oxígeno para las combustiones, pero esa mezcla de gases, para hablar con más propiedad, sufre modificaciones en su composición conforme a los diversos factores que se desenvuelven en él. Un aire que no se renueva, en un lugar donde las combustiones de la vida se efectúan, pierde sus propiedades y lejos de ser indiferente, es francamente nocivo. Si esto sucede simplemente con organismos, ¿qué no será donde se realizan operaciones que exigen un mayor consumo del mismo y donde máquinas y substancias modifican su constitución? Los efectos del aire viciado influyen grandemente sobre el organismo, produciendo diversas afecciones que abarcan desde la cefalea hasta graves trastornos que ponen en peligro la vida.

Sumergido en un pedazo de atmósfera localizada entre las cuatro paredes de una fábrica, con sus compañeros que al igual que él necesitan del aire, y con una máquina que también tiene sus necesidades ambientales —pues ocupa parte del espacio y produce desechos—, no por un día, sino por siempre, el obrero lucha contra lo nocivo, hasta que al producirse el desequilibrio orgánico, cae en estado de enfermedad.

Los polvos en suspensión en el aire son llevados, en algunas ocasiones, hasta el propio pulmón, y cuando esta situación se repite largamente, se comprende que puedan producirse afecciones cuando estos polvos están formados por substancias agresivas

Los gases desprendidos en los procesos industriales son inhalados con los movimientos respiratorios, como lo son también el vapor de agua, bacterias, etc.

Todos estos elementos concurren a la viciación del aire, y es preciso instrumental y personal capacitado que los valore con exactitud, para traducir en guarismos las sensaciones y modificaciones del organismo ante ellos. Todo esto es trabajo de investigación, de donde saldrán normas que aseguren al obrero una atmósfera pura y sana. Sencillo y fácil de subsanar sería el problema si se redujese a esto, pero el organismo humano necesita una temperatura y una humedad, no siempre compatibles con las exigencias de la industria. Sus ojos necesitan buena luz y protección contra las irradiaciones perniciosas; sus oídos no toleran

ruidos de intensidades o características especiales. En fin, la solución de todos ellos obliga a vigilar y cuidar.

La ventilación, iluminación y protección tienen ya directivas científicas, y en posesión de esos conocimientos, se deben buscar, en el propio centro fabril, las condiciones en que se desarrollan las tareas.

Estas pruebas de las condiciones de salubridad de los locales se efectuarán en laboratorios «ad-hoc», y la confrontación de cifras nos dirá si un ambiente es o no compatible con el normal funcionamiento orgánico.

Habrá que buscar en las propias plantas de producción las muestras; se harán las mediciones de luz, sonido, espacio, etc., en el mismo local de trabajo. Los aparatos que no se pudiesen trasladar, como asimismo el personal técnico y administrativo que se requiere, estarán en una sede central que será el laboratorio fijo.

El personal técnico, bien instruído, que irá a las fábricas y talleres con instrumental desplazable, constituirá el laboratorio ambulante. Estas investigaciones prácticas, de rutina diaria, están basadas en una experiencia anterior, ya confirmada y precisa y, si bien no están reñidas con la investigación, deben sujetarse a normas codificadas. En nuestro país, la Ley de Accidentes de Trabajo prevé la importancia del medio, y en su artículo 63 dice:

«En las fábricas, talleres y demás locales de trabajo, se observarán las siguientes disposiciones:

a) Se mantendrán en perfecto estado de limpieza.

b) Se evitarán las emanaciones nocivas, provenientes de albañales, water clossets, humedad de los pisos, etc.

c) Se ventilarán, de manera que resulten inofensivos, en la medida de lo posible, los gases, vapores, polvos y demás impurezas, provenientes de los trabajos que en ellos se realicen y que puedan ser perjudiciales a la salud. *Los polvos, vapores o emanaciones que se desprendieren durante el trabajo, deberán ser captados en el sitio mismo de su producción y evacuados al exterior en condiciones inofensivas para la vecindad.*

Cuando el tiraje natural no fuera suficiente, deberá emplearse la aspiración mecánica, sea encerrando los mecanismos o adaptándoles dispositivos de captación, sea por medio de aspiración simple, ascendiente o descendiente, según lo reclamare el caso y que fuere técnicamente poble. Si la técnica hiciere imposible la aspiración mecánica, se adoptarán los dispositivos o precauciones más adecuadas, para evitar cualquier inconveniente para los obreros. La pulverización de materias irritantes o tóxicas deberá efectuarse únicamente en aparatos cerrados.

d) Si en algún local de trabajo, por razones técnicas u otras circunstancias, se mantuviesen cerradas las aberturas durante el trabajo, se deberán adoptar dispositivos que aseguren un aporte mínimo de 40 metros cúbicos de aire puro por persona y por hora».

Actualmente existen reglamentaciones de orden municipal o provincial, que resuelven parcialmente la situación. Falta una reglamentación integral que satisfaga las necesidades en el orden nacional y cuyo pronto sancionamiento, permitirá apreciar los resultados práctica y prestamente.

En el Capítulo correspondiente de Relación con el proyecto de Código Sanitario, se expone un reglamento de Higiene Industrial y Seguridad del Trabajo que contempla la mayoría de los problemas que plantea el trabajo desde el punto de vista médico.

## POLICIA DE LA SALUD OBRERA

*Una población sana y fuerte, constituye el cimiento más estable de la grandeza de un país. Velar por la salud obrera, es contribuir al engrandecimiento de la Nación.*

### EXAMEN INICIAL Y PERIODICO

Cuando un obrero se presenta como aspirante a una ocupación, el empleador, salvo contadas excepciones, no se preocupa del estado de salud del candidato, y cuando hace practicar un examen clínico es con el fin de eliminar los enfermos o los débiles. Otros son los principios que deben tenerse en cuenta para la institución del examen clínico de ingreso. Un cuerpo de Clínicos del Trabajo examinará al candidato y requerirá la colaboración de los especialistas cuando lo crea conveniente. Se hará conocer luego el resultado al obrero, en forma que quede perfectamente establecida su aptitud integral o parcial para determinada tarea. En una era de justicia social se debe terminar con la palabra inapto o incapacitado. No existen, sino por excepción, motivos de incapacitación absoluta.

El examen inicial no estará dirigido a rechazar candidatos, lo cual da por resultado una multitud de hombres que no trabajan, sino a autorizar para la realización de tareas definidas a aquéllos que no estén completamente inválidos. El obrero, con el conocimiento exacto de su físico, su funcionamiento orgánico y sus aptitudes, verá abrir nuevos horizontes, y al no oír la consabida palabra «incapacitado», tendrá fe en su futuro y tranquilidad económica y espiritual; quien debe subvenir a cargas familiares, necesita ese apoyo para no desviarse de la recta conducta de honestidad. Nadie debe quedarse sin trabajo.

Al ingresar un obrero con una función definida cumplirá con responsabilidad, y la selección que antes hacían los capataces o jefes, surgirá con **autoridad científica**. Aspiramos a no ver en tareas sedentarias o que exijan poco esfuerzo a individuos que, por su complexión robusta y por intelecto, debían ejecutar labores pesadas, o a la inversa, penando por cumplir con su obligación, hombres lisiados o con físicos deficientes, cuando es bien cierto que existe un trabajo para cada hombre.

El patrono que se guíe por estas normas tendrá un aprovechamiento total de la energía, sin desvirtuar la naturaleza de la ocupación. Sus obreros, fácilmente adaptados, cuando no identificados con su labor, no se alejarán con pretextos fútiles para obtener un descanso que compense el enorme esfuerzo de amoldamiento al trabajo.

Unidas estas cuatro condiciones: de capacidad intelectual, capacidad física, conocimiento del oficio y responsabilidad social, se obtiene un mayor rendimiento con el mismo consumo de la energía, que se deduce del dinero. La idoneidad que de esto resulta, disminuye los riesgos, probando perfectamente las estadísticas que el número de accidentados o enfermos es menor cuando el personal está perfectamente instruído y adaptado a sus tareas. Al disminuir el número de afectados por el trabajo, se contribuye a la medicina preventiva y al consolidamiento de las cajas.

La necesidad de cumplir con un programa definido, de una importancia nacional como es el Plan Quinquenal, obliga al aprovechamiento total de la masa trabajadora, la que al tener bien distribuídas sus tareas, aumenta la capacidad productiva. Resumiendo, esta ventaja eminentemente estatal, es la que lleva a proponer la imposición del examen inicial del obrero.

El punto de partida de un estudio serio sobre el desgaste y modificaciones del organismo ante el trabajo, debe estar en ese examen inicial que muestra, como en una instantánea, el momento de ingreso al desempeño de sus tareas. El desgaste precoz que se lleva a cabo en algunas profesiones, será detenidamente considerado y las conclusiones que determinan considerar una ocupación como insalubre, serán la base para fijar una adecuada reparación estatal. Pero la visión absolutamente estática, como si todas las funciones del sujeto se hubiesen detenido en el momento de ingresar al trabajo, no aportaría más que las ventajas dirigidas a la capacitación y a definir el estado del obrero con sus secuelas anteriores, es decir, estaríamos, más o menos, en las mismas condiciones que en la actualidad.

La aspiración de un examen periódico es común a toda la ciencia médica. Investigar y descubrir precozmente es la norma de la medicina preventiva, a la cual no puede escapar la Medicina del Trabajo. Por eso, este examen debe estar en íntima relación con la

Medicina Preventiva en general, pero con la salvedad de que no son, ni podrán ser los mismos medios los que utilice la Medicina Preventiva y la del Trabajo. La una, reconoce las etiologías clásicas que se vienen discutiendo hace siglos; la otra, estima, como única etiología de la tecnopatías, el trabajo influyendo sobre un organismo normal o patológico.

Es, pues, perfectamente definida la situación ante el problema, y la persecución del individuo a través de exámenes periódicos, no sólo permitirá descartar el estado de enfermedad, latente o evidente, fin de la medicina preventiva, sino que nos dará una imagen viva del hombre ante el trabajo, sus modificaciones humorales y sobre todo, indicará en qué condiciones se realizan mejor las tareas, sin afectar el rendimiento ni la salud. ¡Cuántas veces un accidente no se ha producido a causa de una enfermedad común, sino por causa de la misma tensión que exige el trabajo! El estudio de las incidentales sobre el individuo es motivo de una especialización. Estas son las razones por las cuales un grupo de médicos dedicados a esta rama y con conocimiento de las fábricas, harán los exámenes periódicos y servirán para la formación de otros colegas que tengan las mismas inquietudes.

Las ventajas de un examen periódico repercutirán sobre el obrero, porque afianzarán su salud y mejorarán su eficiencia, y sobre el patrono, quien al descartar todo riesgo, obtendrá mayor rendimiento.

El examen periódico acumulará resultados de valor, pues las imágenes sucesivas nos darán una impresión dinámica, cinética, por decirlo así, del trabajador ante su tarea, lo cual permitirá:

1.° Descartar precozmente a los enfermos.
2.° Efectuar, cuando las circunstancias lo requieran, la profilaxis por el tratamiento.
3.° O por el aislamiento.
4.° Encauzar al obrero hacia otra actividad cuando la que efectúe le resulte perjudicial, sea insalubre o no.
5.° Descubrir precozmente causas de insalubridad al manipularse substancias nuevas o no bien conocidas.
6.° Controlar los medios de prevención ya implantados en la industria.
7.° Establecer las cifras de morbilidad y mortalidad en cada industria.

El número de obreros con que cuenta actualmente el país asciende a la cifra aproximada de 3.000.000, siendo los de la Capital unos 700.000. Fácil es, pues, imaginar el crecido número de médicos que se necesita para llevar a cabo este plan, los cuales deberán instruirse en la Escuela de Médicos para el Trabajo, función del Instituto de Higiene Industrial y Patología del Trabajo.

# PREVENCION DE ACCIDENTES

*Los accidentes significan falta de previsión obrera o patronal. Su prevención incumbe a ambos; sus beneficios alcanzan a la sociedad.*

La cantidad de accidentes en el trabajo, llega a cifras abrumadoras. Una pequeña reseña estadística nos mostrará la importancia de los mismos.

En los Estados Unidos de Norte América, durante el año 1941, hubo 18.000 muertos en accidentes de la industria.

El número total de accidentados en ese año llegó a 1.500.000, de los cuales el 5 o|o quedó con invalideces permanentes.

Atentos siempre a las mismas estadísticas norteamericanas, tomando por base el estudio en 1.000 accidentados, se llega a la conclusión de que un 17 o|o fué atribuible a causas puramente ambientales.

Estas cifras nos indican que otros factores intervienen en la génesis de los accidentes: las causas personales que modifican la actitud del trabajador ante su tarea y la falta de conocimiento o habilidad. Existe, pues, un fundamento estadístico de importancia, al atribuir una gran parte de los accidentes a factores psíquicos o de falta de compenetración con el trabajo. Cuáles son esas causas concretadas, que se resumen en el concepto de «factores personales» y cómo se evitan o corrigen, es motivo de interés para los especializados en la prevención de accidentes, quienes afirman que el 85 o|o de éstos pudieron evitarse.

Tanto influyen esas causas personales que parece que hubiera una «susceptibilidad personal» hacia el accidente por parte de algunos individuos, como se puede observar en una estadística efectuada en 3.000 oficiales y suboficiales del ejército alemán, (Marbe K. Uber).

El autor ha dividido en tres grupos, según hubiesen tenido uno, dos o más accidentes en los primeros cinco años. Los índices obtenidos durante los 5 años subsiguientes se detallan en el cuadro adjunto:

| | |
|---|---|
| Grupos sin accidentes ............. | 0,52 o\|o |
| Grupos con 1 accidente ............. | 0,91 o\|o |
| Grupos con varios accidentes ........ | 1,34 o\|o |

Esa «susceptibilidad individual» se corrige con la formación de una conciencia obrera, haciendo conocer al trabajador íntimamente su tarea, su realización y sus fines; la importancia para sí y su rol en la sociedad.

Al saber acabadamente los secretos de su oficio y los de los afines a la industria, su tarea será cómoda, fácil y desenvuelta, evitando todo lo inútil y superfluo y alejando todo lo que entrañe

peligro o esfuerzo innecesario. Es preciso que conozca los materiales, materias primas y manufacturadas que puedan producir efectos tóxicos, sensibilización alérgica o acciones mecánicas y el peligro que ello significa. El aprendizaje completo de su oficio, la utilidad de las herramientas y enseres de trabajo, el manejo adecuado y la oportunidad de la utilización, forman parte de la educación obrera.

La máquina, colaboradora del hombre, tiene en ocasiones desperfectos, y espontáneamente el trabajador tiene la sensación de que podrá «arreglar eso»; apresuradamente y desconociendo las partes, se lanza a repararla con el consiguiente riesgo.

Debe instruirse al operario en los peligros de explosión, contactos eléctricos, desprendimientos de vapores tóxicos, etc., como también en los medios preventivos de las máquinas y personales que contemple la protección contra las chispas, irradiaciones, electricidad, gases, polvos, vibraciones, etc.

La educación del obrero en la prevención de accidentes debe ser efectuada por el Médico del Trabajo o los instructores especializados que realizarán cursos en la Escuela de Higiene y Medicina del Trabajo, y en cada establecimiento, dadas las características propias de capacidad, modalidad del trabajo, instalaciones, etc., que hacen de cada taller o fábrica un ente similar pero no igual, aun tratándose de la misma industria.

#### MEDIOS PARA LLEVAR A CABO LA EDUCACION OBRERA

a) Educación básica.
   1) Nociones adquiridas en la enseñanza primaria.
   2) Rol que desempeña el obrero en el ambiente de trabajo.
   3) Rol del obrero en la sociedad.
   4) La importancia del trabajo para sí mismo, la familia y la sociedad.
   5) Su progreso y bienestar.

b) Estimulación de la idoneidad e inventiva, logrando despertar el cariño al trabajo en su calidad de tal y no como carga, hacerlo de fácil realización, advirtiendo las posibilidades de fallas y los medios de evitarlas, obteniendo así mayor seguridad, protección y rendimiento.

c) Educación en el cumplimiento de las reglamentaciones vigentes con respecto a la higiene y salubridad y sus posibles mejoras.

d) Enseñanza en el uso de equipos personales adecuados para su protección, que brinden el máximo de garantía y seguridad para cada tipo de industria.

e) Inculcar la necesidad de utilizar los medios aconsejados por la experiencia en la manipulación de substancias peligrosas y de aprovechar las ventajas de los mecanismos de seguridad que se colocan en las máquinas.

f) Formar Comités de Seguridad con personal idóneo, que no sólo vigile sino que también reciba las sugestiones y reclamos de los trabajadores muchas veces acertadas y justas.

g) Indicar los sitios de peligro, con advertencias llamativas y simples, alarmas, inscripciones, colores, protecciones, interruptores, etc.

La educación de los empleados que formen los futuros Cuerpos de Seguridad Industrial, se llevará a cabo en la Escuela Técnica de Inspectores Sanitarios y Visitadores de Higiene del Trabajo, dependientes del Instituto de Higiene Industrial y Medicina del Trabajo.

## SERVICIO SOCIAL

*El obrero reparte su vida entre su hogar y su ocupación. Al garantizarle un trabajo salubre, debemos legarle un hogar feliz.*

El trabajador, al terminar su tarea, continúa su vida como miembro de la sociedad y su comportamiento reviste características diferenciales que es necesario estimar para poder llegar a una solución integral de los problemas del obrero. La atención de estos problemas se hace por intermedio del servicio social de la industria, cuya misión es cuidar la salud física y moral del hombre de trabajo. Al garantizar ambos, el trabajador deja de considerar su tarea como una carga pesada, para entender que es el único medio de obtener la tranquilidad física y espiritual que le permita cumplir su misión en el mundo.

Esta tranquilidad social le permitirá al obrero dedicarse íntegramente a sí mismo, a su familia y a su trabajo, evitando que desperdicie fuerzas y energías en tratar de solucionar los problemas que se le presenten en cualquiera de los tres órdenes.

Organizada la asistencia social con la colaboración de los patronos, se eleva la moral de obreros y empleadores, quienes, dedicados a sus tareas específicas, mejoran su eficiencia y su rendimiento.

La fuente de ingresos del obrero determina, en casi todos los casos, la forma de vivir del hombre. Cuando los gastos son superiores al ingreso, se establece un desequilibrio difícil de compensar y que es, muchas veces, ajeno a la voluntad del trabajador. Un falle-

cimiento, el nacimiento de un hijo, son causas que inciden en la economía doméstica y que aumentan sus necesidades. En el salario, que es la fuente de ingreso monetario del obrero, debe pues contemplarse, desde el monto hasta la forma de pago, diario, mensual, quincenal o semanal y las ventajas que reporta, a fin de que exista un margen de seguridad en esas cargas imprevistas. ¿De qué vale asegurar un horario de trabajo, su ambiente saludable, si luego debe trabajar horas extra para completar su salario? La colaboración con los otros organismos estatales que vigilan el pago puntual de los sueldos y jornales, será de sumo interés para obtener el equilibrio institucional.

Así como el enfermo al salir del hospital o sanatorio no debe terminar como individuo a quien se debe atender, tampoco el obrero al trasponer al fin del día el portal de la fábrica termina como persona a quien se debe vigilar, cuidar, interesarse por su familia, por los problemas sociales que plantean los hijos, la vivienda, la alimentación. El Servicio Social de la Higiene Industrial debe, en íntima conexión con la Medicina Preventiva en general, de la cual es una rama, atender todo esos problemas.

## INSTITUTO DE HIGIENE INDUSTRIAL Y MEDICINA DEL TRABAJO

*La experiencia es madre de la ciencia. El estudio lógico y la experimentación, transformarán los conocimientos empíricos en científicos.*

El estudio de los problemas concernientes a la Higiene Industrial y Medicina del Trabajo, se realizará en un Instituto, el primero en el país dedicado a estas actividades. De él surgirán las normas que reformarán los códigos, poniéndolos de conformidad con los últimos conocimientos. Sus laboratorios y oficinas técnicas, servirán de guía al obrero y al industrial por igual.

### LABORATORIO PSICOTÉCNICO

Ni física ni intelectualmente, son iguales dos hombres. Su fuerza, sus gustos e inclinaciones varían, y la suma de esas cualidades dá por resultado la personalidad, fuente de toda obra firme y responsable.

La investigación de esos caracteres, su guía y estímulo, son parte de las funciones del laboratorio psicotécnico, organismo fundamental del Instituto. La personalidad existe en todos los seres y es justamente en esta era de maquinismo cuando debemos desarrollarla. Un obrero es, en la gran mayoría de los casos, un número, un engranaje más de la gran máquina industrial. Es preciso humanizar el trabajo, haciendo que el cariño por la profesión se

extienda hasta los elementos de trabajo, los que al estar al servicio del obrero consciente, cobrarán vida.

Cada trabajo requiere condiciones especiales, que no todos los individuos reúnen, aun con un perfecto estado de salud física, y el descubrimiento de estas aptitudes, permitirá la selección, evitando vidas fracasadas y disminuyendo el número de hombres descontentos de su labor. Así es como veremos obreros que quieran su trabajo y que vean en la máquina, no un monstruo perjudicial, sino una fiel servidora, al servicio de su voluntad que es firme, porque sabe de cuánto es capaz. Esta selección interesa desde los puntos de vista social, obrero y patronal, pues la formación de la conciencia obrera contribuye al engrandecimiento del país. El ejercicio de una actividad para la cual tiene condiciones, afirma la voluntad del trabajador, y la selección de los candidatos lleva a la industria personal capaz y aumenta el rendimiento.

Este laboratorio psicotécnico será la fuente a la que concurrirán patrones y obreros por igual, estableciéndose una vinculación más directa entre unos y otros, inculcándose en sus conciencias que son todos pertenecientes a una misma sociedad cuyo fin es el bienestar general.

«Un trabajo para cada obrero y un obrero para cada trabajo», es lema fundamental que servirá de guía en esta rama del Instituto.

En este laboratorio se investigarán, por medio de aparatos y test en los cuales se suprima, en lo posible, el factor personal, las condiciones de los candidatos, en la misma forma que en el presente se realizan los exámenes de los futuros aviadores. Una perfecta coordinación entre la capacidad psicofísica y la tarea realizada, aumenta la dedicación, disminuyendo los riesgos y mejorando el rendimiento. Así es cómo se llegará al conocimiento exacto en cada individuo de su ecuación personal, su capacidad de atender, memoria, juicio, etc., y sus condiciones físicas de fuerza o resistencia, tipo constitucional, etc.

### SECCION ORIENTACION PROFESIONAL

La masa humana que constituye la fuerza trabajadora del país, realiza su aprendizaje desde temprana edad y la orientación hacia determinado oficio se realiza siguiendo directivas paternas que no siempre contemplan la totalidad de los factores que contribuyen a la formación de un hombre útil. El trabajo no debe interrumpir ni modificar el desarrollo psicofísico normal del menor y no puede dejarse librada a su propio arbitrio la elección caprichosa de su especialización.

El Estado no puede desentenderse del futuro industrial del país y, al velar por la formación obrera, se crea una conciencia colectiva, guiada por un fin fabril. Tiene, pues, una función peda-

gógica, que se extiende más allá de los conocimientos primarios, proporcionándole al trabajador sus elementos para la lucha por la vida desde que entra en la pubertad. Y así, en posesión de todos sus medios, es como el pueblo hará la grandeza de su patria.

De ahí la importancia de complementar la acción del laboratorio psicotécnico con una sección destinada a la orientación profesional de esos jóvenes que, en pocos años, constituirán una generación sana y feliz. Los niños son los hombres del mañana, se ha dicho, y ningún esfuerzo dirigido a mejorar sus condiciones físicas y guiar su formación espiritual, podrá considerárselo estéril o vano.

Simultáneamente al resultado del examen físico que autoriza al menor para trabajar, se agregará una anotación que resuma las condiciones que reúne, para que en las escuelas de aprendizaje y en la propia fábrica sirva de guía, encaminándolo a una especialización adecuada.

El estudio de la resistencia física y mental es una de las tareas encomendadas a estos laboratorios. El hombre, considerado con un criterio mecanicista, es una máquina que vive y siente y que lleva su propia fuente de energía. Debe, pues, tener pausas para recuperar aquellas que ha perdido en el ejercicio de su labor. Siguiendo este concepto, el obrero es el punto central de una balanza en cuyos platillos están, por una parte, el desgaste producido en el trabajo, y por la otra, las energías recuperadas. Cuando el balance pesa más en un platillo que en el otro, ya sea porque la labor es muy pesada o porque el organismo no tiene tiempo de compensar los esfuerzos realizados, se produce un desequilibrio que se traduce en una sensación penosa que se llama fatiga.

Esta fatiga, en cuya producción intervienen, como ya dijimos, los factores del trabajo, la resistencia y la adaptación obrera, es el motivo de estudios de estos laboratorios.

El conocimiento exacto de la labor realizada y los factores ambientales, tienen gran importancia en la producción de la misma, y es dando normas científicas y legales cómo se logrará un mayor rendimiento de la energía humana, fuente de grandeza del país.

La producción de un desgaste que no se pueda compensar con una noche de descanso, rompe el equilibrio funcional y ese trabajador lleva a sus tareas la carga de la labor anterior. Se comprende, pues, la importancia que tiene el estudio de la fatiga obrera. La duración de la jornada, las pausas intercaladas en el trabajo, los procedimientos de elaboración, serán considerados y se procurará que los métodos de protección contra las industrias insalubres, no sean fuente de desgaste. El problema interesa tanto al obrero y al industrial como al estadista. Al obrero, porque asegurará su buen funcionamiento orgánico; al industrial, porque obtendrá mayor rendimiento y al estadista, porque conservará intacto el potencial humano.

El hombre no debe consumir la totalidad de su energía en la jornada de labor; aun deben restarle fuerzas y voluntad para instruirse y recrearse.

La reducción de movimientos inútiles, la variedad en el desarrollo de su tarea, la comprensión de la misma y, sobre todo, el confort en el trabajo, evitarán toda producción innecesaria de fatiga.

INGENIERIA SANITARIA

Una parte de este Instituto estará dedicada a la Ingeniería Sanitaria, cuyas funciones comenzarán con el examen y aprobación de los planos de las futuras fábricas a construirse. En general, las modernas industrias realizan sus actividades en campo abierto, cerca de medios de locomoción, en pequeños centros urbanos, satélites de esa misma industria, que facilitan al obrero el transporte. El emplazamiento de nuevas fábricas no debe estar librado al azar, sino guiado por las leyes del Urbanismo, y la Sección dedicada a la Ingeniería Sanitaria, dispondrá de mapas y planos que contemplen las necesidades industriales urbanas y militares. Nuestra constitución hidrográfica será una guía para acercarse al ideal de que las industrias se construyan a la orilla de los ríos, que sirvan como medio de transporte y de eliminación del material de desecho.

La garantía de que el material que entra en la construcción del edificio sea sólido para evitar derrumbamientos, es la contribución a la seguridad fabril, en función de la cual se debe prever la posibilidad de incendios, construyendo escapes adecuados. El pánico es muchas veces más trágico que la causa que lo desencadena.

El hacinamiento, de tanta repercusión en la Medicina del Trabajo, se evitará no autorizando locales en los cuales el obrero no pueda desplazarse libremente, sin molestar a sus compañeros de labor o en los que no se contemple el cubaje total y el número de operarios que trabajan en él.

La cantidad de aire necesario se obtiene también por el número de bocas de entrada y la disposición de las puertas, ventanas, claraboyas, etc.; se estudiará, en cada caso, asegurando una renovación adecuada del aire, sin corrientes.

La acumulación de polvo y desperdicios en el suelo, de repercusión en la higiene del local, debe evitarse procurando que los pisos sean impermeables, de concreto o madera impermeabilizada, de fácil limpieza (por aspiración y pulverización de antisépticos).

Los planos deben contemplar también el número de obreros en cada planta industrial y las necesidades de los mismos, para lo cual se dispondrá una conveniente distribución de los servicios

sanitarios, en número suficiente, adecuada ubicación y separados para ambos sexos.

Si bien en las grandes ciudades el problema del abastecimiento de agua potable está resuelto, en el interior del país es de una importancia que puede calificarse de grave. Un agua pura y en cantidad suficiente, al alcance fácil del obrero, será la condición que debe contemplarse antes de la aprobación de los planos sanitarios. Grifos a chorro inclinado, o varios individuales, desecharán el jarro común, fuente de transmisión de enfermedades. La provisión de agua pura y fresca, es más importante en aquellas fábricas donde el trabajo es más extenuante, y donde la sudoración hace imprescindible reponer líquidos al organismo, para evitar la deshidratación que produce fatiga y extenuación inmediata.

Por medio de W. C., urinarios instalados en locales espaciosos, con capacidad suficiente al número de obreros, limpios, ventilados e iluminados, con pisos y paredes impermeables, se facilitará la higiene. La evacuación de las materias fecales por medio de tanques de depuración bacteriana, estará sujeta a la aprobación previa de esta Sección de Ingeniería Sanitaria.

Muchas tareas, por su naturaleza o por los productos manipulados, exigen una higienización completa que no está satisfecha con el lavado que se pueda efectuar en un lavatorio o pileta común. Por estos motivos, es preciso habilitar baños separados, para ambos sexos, provistos, el de hombres, de duchas verticales colectivas o individuales, y el de mujeres, de boxes individuales con duchas horizontales, obligando a los obreros de ciertas industrias, como en las que manipula plomo o substancias nocivas, a tomar su baño diario, evitando que contaminen a sus familiares.

Los lavatorios, que permitirán el aseo diario de los trabajadores al abandonar sus tareas, estarán contemplados en la instalación sanitaria de una fábrica de acuerdo al número de obreros. Podrán ser individuales o con piletas amplias con grifos, pero siempre atendiendo a la ubicación y a las necesidades obreras.

Con las consideraciones que preceden, acabamos de bosquejar las funciones que la Ingeniería Sanitaria tendrá con respecto al Instituto de Higiene Industrial y Medicina del Trabajo.

## LABORATORIO DE HIGIENE INDUSTRIAL

No debe faltar el laboratorio destinado a la investigación del medio fabril, pues sabemos la importancia de la influencia del mismo en el organismo obrero.

El hombre debe mantener una temperatura constante en la superficie de su piel que se acerca a 36°7, y cuando las tareas se realizan en ambientes de temperaturas diversas, es preciso valorar el «quantum» en que se separan de las cifras estableci-

das por la fisiología normal. En esta, como en tantas otras oportunidades, no bastan las apreciaciones personales de calor o frío, tan sujetas a variación en un mismo individuo, y es por eso que las medidas termométricas lo fijarán con exactitud.

Esta determinación, como la humedad, el valor de la evaporación y de la ventilación, únicamente se podrán efectuar con aparatos y personal idóneo de ese laboratorio, cuyas investigaciones, destinadas a conocer las condiciones de salubridad de los locales, irán incluídas dentro de las pruebas:

a) Termométricas
b) Katatermométricas
c) Hidrométricas
d) Aerométricas
e) Fotométricas
f) Fonométricas
g) Psicrométricas

Las investigaciones dirigidas a conocer la naturaleza y la composición de los residuos de la industria, para evitar, en lo posible, la contaminación y las enfermedades de los obreros, serán efectuadas en los laboratorios de Higiene Industrial.

La protección obrera, tanto del local como individual, será motivo de estudio y comprobación, y así es cómo se estudiarán los recolectores de polvo, ya sean de captación o vaso cerrado o por aspiración; las cámaras de polvo; ciclón, filtro, etc.; los métodos de renovación del aire, como los extractores de aire, requeridores de oxígeno, etc.

Asimismo se probará la eficacia de las máscaras, guantes, botas, zuecos y vestimentas especiales de protección al calor, al agua, a las radiaciones, etc.

En el medio industrial se encuentra en muchas oportunidades que partículas de las substancias empleadas en las fábricas, contaminan el ambiente y son capaces de producir en el organismo del obrero, que está constantemente expuesto a su inhalación, estados patológicos que se conocen con el nombre genérico de neumoconiosis y cuya evolución solapada deja incapacitada a una buena parte del personal que las manipula.

La comprobación del número de partículas, la disminución o desaparición después de la instalación de los medios para eliminarlas se hace en los laboratorios de física después de la captación mecánica por medio de aparatos como el conímetro o el Midget Impinger.

Cuando se precise el concurso de la química, se recurrirá al laboratorio de química, cuyas instalaciones, altamente especializadas, permitirán reconocer concentraciones de gases en la atmósfera; se podrá efectuar la comprobación cualicuantitativa de las substancias

que se utilicen en la industria y facilitará el estudio y reconocimiento de los nuevos productos fabriles.

Por último, en conjunción, los tres laboratorios, el de Ingeniería Sanitaria, el Psicotécnico y el de Higiene Industrial indicarán los medios para corregir el medio ambiente, siempre atendiendo a las necesidades humanas y fabriles.

La temperatura debe estar en íntima relación con la graduación hidrométrica y la normalización de la misma se efectuará:

| | |
|---|---|
| En los ambientes fríos | Estufas eléctricas<br>Aire recalentado |
| En los ambientes cálidos | Ventiladores<br>Extractores<br>Inyectores |

El trabajo en un medio cuya temperatura está bien regulada, dentro de los límites fisiológicos, es un estímulo, mientras que en un ambiente pesado es fatigoso y su repercusión en la psiquis obrera es enorme.

La iluminación natural y artificial y la incidencia sobre el individuo, en cada una de las profesiones, será motivo de estudio y cuidadosamente valorada.

El laboratorio de física concurrirá con sus métodos de medición y el de higiene con la influencia orgánica en los casos de deslumbramiento o de insuficiente iluminación. La disposición y repartición de las fuentes luminosas, se ajustará a las características industriales, pues, mientras unas admiten una iluminación general, otras exigen la lámpara individual. La intensidad calculada en Violle y el flujo luminoso en lumen, servirá para calcular el número y dimensiones de las lámparas. El estudio de la luminotecnia estará incluído dentro de las funciones de los laboratorios de física e higiene industrial.

Todas estas determinaciones se cumplirán con los exámenes que exija la rutina diaria, además de la labor científica de investigación en los problemas que atañen a la higiene industrial y a la medicina del trabajo.

### SECCION ESTADISTICA

En la Medicina del Trabajo es fundamental el trabajo previo de la estadística para conservar el carácter eminentemente científico que tiene en la actualidad.

Los argumentos que surgen de los números son inobjetables porque son el producto de la máxima generalización, teniendo el valor de ser objetivos y estar al alcance fácil del entendimiento. Por

medio de una estadística completa y bien llevada, se sabe, en todo momento, la fluctuación de los factores considerados, y en lo que respecta a la Medicina del Trabajo, permitirá observar y comprobar los medios que se pongan en práctica para mejorar la salud y asegurar el bienestar del trabajador. Las estadísticas del trabajo están encaminadas a la elaboración y realización de una política social progresiva. La frecuencia, periodicidad y número de accidentes en relación a la masa obrera y a cada uno de los gremios en particular, únicamente se obtiene con una estadística bien organizada. La comparación de estas cifras con las de lapsos subsiguientes y periódicos, permitirá establecer con la fijeza de ellas su aumento o disminución, el resultado de una política sanitaria encaminada a prevenir accidentes. La demostración numérica es la mejor recompensa a la preocupación por la higiene y seguridad del trabajador.

La frecuencia y repetición de algunos estados patológicos, más numerosos en algunas profesiones que en otras, indicará que existe una vinculación de causa a efecto entre dicha enfermedad y el trabajo.

El descubrimiento de esos factores que influyen sobre el organismo obrero, será tarea encomendada a la Sección Estadística.

Un estado patológico que insistentemente aparece en una profesión, deberá incluirse dentro de las enfermedades que reconocen como única etiología la naturaleza de la tarea realizada o el ambiente donde se lleva a cabo.

La confección, pues, de tablas, mapas, etc., con datos del país en forma clara y contemplando las necesidades obreras, sociales, patronales, estatales y científicas, estimando la ubicación justa en el país y la industria, será la misión encomendada a la estadística.

La realización de encuestas periódicas que sirvan para conocer en forma más amplia los medios, obreros y fabriles, pulsando la opinión particular en preguntas previamente estipuladas, completarán la labor y servirán de guía para la labor futura.

La estadística contribuirá, entonces, a refirmar la faz científica con rigor matemático, teniendo en cuenta la responsabilidad que tiene la Medicina del Trabajo al interesarle el futuro humano y económico del país.

En esta sección se reunirá toda la experiencia médica con respecto al trabajo de todo el país, y la magnitud de su organización es fácil comprenderla cuando se estima en 3.000.000 el número de trabajadores en nuestro territorio. Es pues, una empresa de aliento, el fichado por profesiones, edades, nacionalidad, etc., de esos 3.000.000 de obreros, necesitándose personal, local y dinero para poder hacer el gran Fichero Central del Trabajador.

Se obtendrán así los ««standards»» de la mortalidad en los trabajadores retirados y, al compararlos con los normales, se verá cuál es el grado de insalubridad industrial.

Como complemento de este fichero, funcionará el Fichero Industrial del país, que permitirá tener el conocimiento cabal de la situación fabril, la cantidad de obreros por taller y por industria y su desarrollo conforme a las condiciones climáticas y urbanas de la patria.

## MEDICOS DEL TRABAJO

*La especialización lleva al máximun del rendimiento. La formación de técnicos es imprescindible para aclarar conceptos aun no bien establecidos.*

La formación de especialistas es una situación que no puede descuidarse, pues es necesaria una suma de conocimientos perfectamente «ensamblados» para actuar eficientemente como Médico del Trabajo.

El Instituto de Higiene Industrial y Medicina del Trabajo será el organismo que tendrá la gran responsabilidad de formar los especialistas, para lo cual contemplará los múltiples aspectos de la vida obrera.

No podrán menos de conocer, aun sumariamente, la forma en que se realiza la tarea, las posiciones adoptadas por los obreros, las substancias manipuladas, el ritmo de trabajo, el trabajo en cadena, etc., nociones que darán idea de las necesidades del hombre en su tarea.

El conocimiento cabal de la psicofisiología obrera, la fatiga mental y muscular, las formas de descubrirlas y remediarlas, los test para la orientación y selección profesional, son parte del acervo médico del especialista. Profundizarán el estudio de las tecnopatías en el Hospital Obrero y procurarán adquirir medios para su diagnóstico precoz. En esta parte completará sus conocimientos clínicos con los técnicos especializados de laboratorio.

Existen medios para la conservación de máquinas y artefactos e instrumentos para la protección personal obrera, que deben conocerse íntegramente, para lo cual contribuirá el Museo de Medicina del Trabajo. Complementando estos estudios, se interiorizará de los medios de difusión sanitaria y educación obrera a los fines de obtener una aplicación práctica de lo aprendido.

En esta Escuela de Especialización se dictarán cursos donde se enseñarán las costumbres obreras, fuente de todo servicio de asistencia social bien organizado y de grandes beneficios para el trabajador.

El estudio del medio ambiente en el trabajo, las formas de determinar los factores que inciden sobre el obrero de una u otra manera, y su medición con aparatos especiales, cuyo manejo les será familiar, llevarán buena parte del tiempo destinado a la preparación de estos médicos especializados.

Los obreros están amparados por leyes, reglamentaciones y convenios que los profesionales que se dediquen a esta rama no podrán ignorar, como tampoco las leyes afines de alcance social, de las cuales se pueden sacar conclusiones de beneficio para la masa obrera.

La utilización de los datos estadísticos requiere conocimientos de biometría, cuyo estudio se contemplará en el programa.

Igualmente se incluirán nociones de Ingeniería Sanitaria.

## INSTITUTO DE ACCIDENTES DE TRABAJO

*Reparar riesgos es justicia. Atender al accidentado es humanidad. Atender a ambos es servir a Dios y a la Patria.*

**Consideraciones generales acerca del proyecto de creación**

Los problemas de orden médico, legal y social, que traen aparejados los accidentes del trabajo, han merecido la atención de los estadistas por la importancia de los mismos.

En cuanto a la medicina se refiere, al ocuparse de estudiar las enfermedades dependientes del trabajo y los riesgos inherentes a los oficios y profesiones, ha dado un paso muy adelante en la contribución de la resolución de algunos puntos. Se creó la Medicina del Trabajo, dándose comienzo a las investigaciones científicas en el siglo XVII.

Recién a fines del siglo pasado, debido al progreso de las industrias y al empleo de las máquinas, hubo un serio movimiento de preocupación por el accidente del trabajo y comienzan a aparecer legislaciones que tienden a proteger al obrero, previniendo el accidente y dando normas para las indemnizaciones.

Paralelamente al desarrollo de la industria y a la intervención de una legislación apropiada, existe un movimiento ponderable científico que estudia las causas de los accidentes y de las enfermedades profesionales, estableciéndose clínicas, laboratorios especiales de Fisiología y Patología del Trabajo, hasta que poco a poco se llega a la formación de una nueva ciencia: Medicina del Trabajo.

Zangger concretó en tres postulados internacionales el resultado del progreso industrial, que a su vez es el factor condicionante de mayor importancia de esta nueva ciencia: 1.º) El aumento del daño, paralelamente al crecimiento de la industria; 2.º) La aparición de una nueva legislación sobre higiene de las profesiones y previsión de accidentes y seguros, con la reparación subsidiaria; 3.º) La aplicación de métodos científicos a la fisiología del trabajo.

La iniciativa particular ha respondido en forma ponderable a estos postulados, no así en general el elemento oficial.

Oller cita una comunicación de Kaufmann en el IV Congreso Internacional de Accidentes del Trabajo, donde se dan datos muy interesantes acerca de la historia de esta enseñanza y su implantación en diversos países:

Austria tuvo, desde 1912, dos clínicas especiales de accidentes, que funcionan en Garz y en Viena.

Italia tenía un hospital en Bolonia que dependía de la Caja Nacional de Accidentes y tiene organizaciones en casi todas las Universidades, siendo dignas de mención las de Milán, Roma y Turín.

En Francia e Inglaterra existen clínicas y hospitales destinados a los accidentes de trabajo.

Rusia tiene Institutos de Medicina del Trabajo muy importantes en Moscú y Leningrado.

Suiza en el Politécnico y en las Universidades de Zurich, Berna y Ginebra imparte enseñanzas encomiables.

En España, en 1900, fué votada la Ley Dato y propuesta su reforma en 1904 y 1907. En 1920 se crea el Ministerio del Trabajo. En 1922 se redacta un proyecto de ley donde se incluyen dos artículos concernientes al Instituto de Reeducación Profesional, centro que se crea un año después. Existen cursos especiales organizados en el Instituto de Reeducación Profesional de Valladolid, Valencia, Barcelona, etc.

La Patología del Trabajo en sus aspectos, accidentes y enfermedades profesionales, con la Higiene y Fisiología, son las bases de la Moderna Medicina del Trabajo.

Cuando se examinan las estadísticas sobre accidentes de trabajo, se ve que éstos son mucho más frecuentes de lo que se supone generalmente. Es natural que no sea solamente un pesado tributo que paga la salud de la clase trabajadora, sino que al final repercute seriamente sobre la producción económica.

En el orden de la economía, es el trabajador una energía activa que, sumándose a otras fuerzas económicas, tiende al perfeccionamiento de la producción y al aumento de la riqueza. El debe ser protegido al máximum, no sólo para conservar su capacidad, sino para garantizar sú eficaz contribución en toda la producción.

Fuera de la vida del trabajador, la medicina del trabajo debe considerar muchos otros aspectos: el ambiente, el momento, el estado, las posibilidades futuras, etc.

No es posible siempre encontrar una explicación a las variaciones que se observan anualmente en las estadísticas sobre el número de accidentes controlados en diversos países. Es un asunto que puede variar, ya sea por la actividad industrial, por el creci-

miento de los efectivos ocupados, por la declaración obligatoria, por la observación más rigurosa, por la sustitución de procedimientos mecánicos por manuales, etc.

ESTADISTICA DE LOS ACCIDENTES DEL TRABAJO EN LA REPUBLICA ARGENTINA

La Dirección de Estadística Social que tiene actualmente a su cargo la función de Estadística Social, anteriormente atribuída al Departamento Nacional de Trabajo, dió a publicidad a fines del año 1946, la estadística de los accidentes profesionales ocurridos en los seis años transcurridos desde 1939 a 1944, inclusive.

Por ciertas razones de estudio, se limita a aquellos infortunios que produjeron la muerte y a los que dejaron incapacidad permanente de las víctimas. Dentro de este criterio y siguiendo una orientación determinada, la estadística de los riesgos profesionales se ha hecho teniendo en cuenta las actividades afectadas, el lugar donde se produjeron, la operación que efectuaba la víctima, las causas originarias, las partes del cuerpo lesionadas, los motivos que produjeron la muerte, la edad de las víctimas, el mes, el día, la hora en que ocurrió el siniestro, el importe global de las indemnizaciones, el promedio, etc.

## Siniestros mortales

El más crecido número de estos siniestros se ha dado en el grupo de las actividades del Estado:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Año | 1939: | 96 | siniestros |
| » | 1940: | 108 | » |
| » | 1941: | 97 | » |
| » | 1942: | 42 | » |
| » | 1943: | 44 | » |
| » | 1944: | 27 | » |

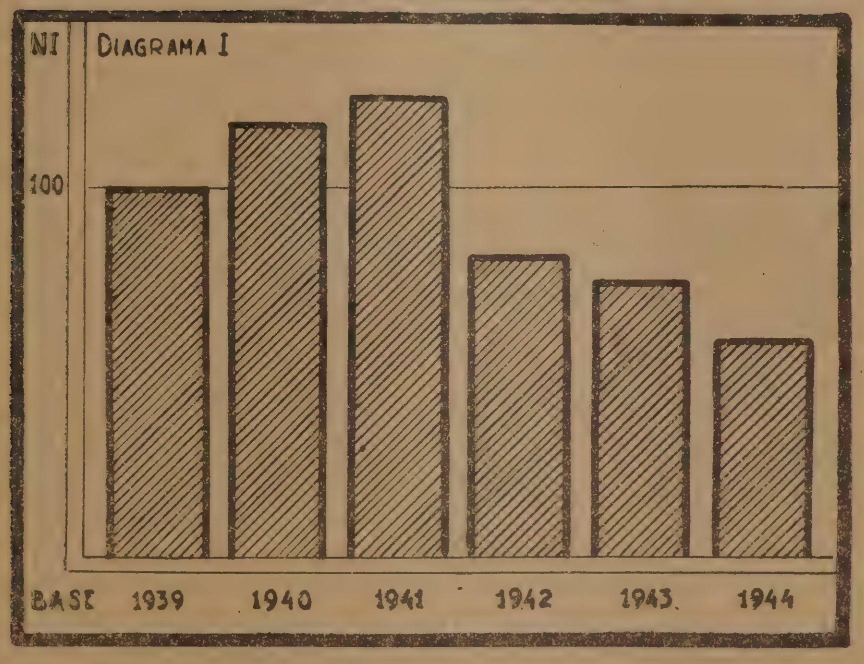
Tales cifras no representan una conclusión muy definida, porque bajo la rúbrica de «actividades del Estado» se comprenden trabajos de muy distinta índole y es muy posible que al aumento o disminución de tareas más peligrosas, obedezca la variación de los 108 siniestros ocurridos en 1940 a los 27 de 1944. En labores de tipo ya concreto, los que aparecen con un mayor porcentaje de accidentes mortales son los transportes terrestres:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Año | 1939: | 45 | siniestros |
| » | 1940: | 46 | » |
| » | 1941: | 43 | » |
| » | 1942: | 68 | » |
| » | 1943: | 49 | » |
| » | 1944: | 41 | » |

ACCIDENTES MORTALES

Comparación del Volumen Total de Casos Ocurridos

| AÑOS | CIFRAS ABSOLUTAS | N.I. |
|---|---|---|
| 1939 | 281 | 100 |
| 1940 | 318 | 113,17 |
| 1941 | 320 | 113,88 |
| 1942 | 229 | 81,49 |
| 1943 | 202 | 71,89 |
| 1944 | 159 | 56,58 |



El número de accidentes mortales producidos en los grupos de comunicaciones, servicios sanitarios, gráficos, textiles y otros siniestros varían de 1 a 3 anuales.

Conviene hacer la aclaración de que el grupo de actividades de profesiones liberales no ha tenido ningún siniestro en el curso de los seis años.

Con respecto al lugar de los siniestros mortales, el mayor contingente se ha producido en el curso de los seis años, en las zonas ferroviarias, que arrojan las cifras absolutas de: 35, 51, 46, 54, 38 y 35 para los años 1939 al 1944, respectivamente. El menor número de siniestros se ha producido en los laboratorios y en las refinerías.

Si tenemos en cuenta la operación que efectuaba la víctima, se advertirá que las más peligrosas (excluyéndolas sin especificar y los trabajos varios) han sido las de carga y descarga, que produjeron en 1939, 17 accidentes mortales.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Año | 1939: | 17 | siniestros |
| » | 1940: | 44 | » |
| » | 1941: | 15 | » |
| » | 1942: | 8 | » |
| » | 1943: | 13 | » |
| » | 1944: | 12 | » |
| Total | ..... | 109 | siniestros |

Le siguen las de construcción, que produjeron en total, en el mismo lapso, 115. Las operaciones menos peligrosas resultaron las de elaboración de pastas alimenticias, de trabajo de imprenta y de laboratorio.

Las causas que más siniestros mortales han producido han sido las caídas.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Año | 1939: | 113 | siniestros |
| » | 1940: | 70 | » |
| » | 1941: | 74 | » |
| » | 1942: | 66 | » |
| » | 1943: | 67 | » |
| » | 1944: | 56 | » |
| Total | ..... | 446 | » |

Descontando las lesiones producidas en partes ignoradas del cuerpo, o en varias partes del mismo a la vez, las lesiones más frecuentes en el curso de seis años se han producido en el cráneo, exceptuando el año 1941, en que fueron considerablemente más elevadas las lesiones de pie, que las craneanas.

Con relación a la edad de la víctima, la estadística nos enseña que el mayor número de accidentes mortales se ha producido entre la edad de 25 a 34 años, con un total de 245 defunciones. Entre

35 y 44, la cifra absoluta es de 204. De 45 a 55, las muertes suman 123; y de más de 55, 153. Entre los 18 y los 24 años, 123 y de menos de 19 años, 9. Este cuadro resulta muy aleccionador, porque lleva a la conclusión de que la edad de plenitud de trabajo oscila entre los 25 y 55 años; el decenio que arroja más número de siniestros es el de los trabajadores más jóvenes, vale decir, los que tienen entre 25 y 34 años.

En cuanto al mes, a los días del mes y a la hora en que ocurren los accidentes, las estadísticas no presentan variaciones notables.

Apreciados los infortunios por razón del sexo y del estado civil, se advierte que en cada uno de los seis años la mayor cantidad se ha dado invariablemente en este orden: varones casados; varones solteros; mujeres casadas; mujeres solteras; varones viudos; mujeres viudas.

Examinado el tema desde el punto de vista del lugar en que fueron médicamente asistidos los accidentados que fallecieron más tarde, nos encontraremos con que la mayoría lo fueron en la Asistencia Pública u hospitales de diversa índole. Después, el mayor número de asistencia fué prestada directamente por las empresas patronales y luego, en menor cantidad, por las compañías de seguros. Sin embargo, de estos antecedentes no cabría deducir ni una encasez de fallecidos entre los asegurados ni una eficiencia en la prestación de los servicios por parte de las compañías aseguradoras.

En los siniestros mortales no es posible, muchas veces, la intervención de la compañía aseguradora ni la elección del lugar para prestación de asistencia.

Se acude, cuando da tiempo, al primer establecimiento público o el patrono busca rápidamente un médico para que atienda al moribundo. Sólo en contadas ocasiones la muerte se produce después de un tiempo que permite buscar la actuación de la entidad aseguradora.

Con respecto al importe global de las indemnizaciones por razones de muerte, ha variado muy poco. Especialmente en los tres primeros años estudiados, las cantidades han sido de un millón de pesos, aproximadamente. En el año 1942 apenas el millón. En el año 1943 desciende a 862.888.

Es curioso observar que la diferencia en el importe global de las indemnizaciones no se refleja en el promedio de las mismas pagadas en cada accidente. En los años 1939, 1940, 1941, 1942 y 1944 han oscilado entre 5.000 y 5.500 pesos; únicamente en el año 1943 han sobrepasado en poco los 4.000 pesos.

Si recordamos que el año 1944 fué uno de los más bajos en la cantidad global de indemnizaciones pagadas y uno de los más altos

en el promedio de cada caso, se puede llegar a la conclusión de que ello es consecuencia del aumento de los salarios de los trabajadores, debido a la actuación de la Secretaría de Trabajo y Previsión.

### INCAPACIDADES PERMANENTES

Hechos ya los comentarios que sugiere el examen de la estadística en cuanto a los siniestros productores de muertes, pasemos ahora a realizar igual trabajo con respecto a las incapacidades permanentes.

Lo primero que se advierte es una gran variabilidad en la tasa de frecuencia, puesto que, siendo la más baja la correspondiente al año 1939, llegó a aumentar en el año 1941 en un 83,88 o/o, casi igual que en 1944 y en un 95 o/o en 1942.

Para evitar toda posible confusión, debemos decir que cuando hablamos de tasa de frecuencia, nos referimos a la cantidad absoluta de infortunios que han tenido lugar, pero no a una proporcionalidad al número de trabajadores.

Desde el punto de vista de los siniestros clasificados por actividades, observamos que el mayor número se ha producido en la labor de construcción de materiales y de metal, en el curso de los años de 1939 y 1944. El menor número aparece registrado en los espectáculos públicos, con un total de 15 en los seis años. Siguen luego las profesiones liberales, con un total de 18.

El lugar del accidente que ha dado origen al mayor número de siniestros han sido las fábricas en los años 1939 y 1944 y los talleres varios, en los años 1940, 1941, 1942 y 1943. Los lugares en que ha acaecido, dentro de este transcurso, el menor número de accidentes han sido: la necrópolis, con 0; los secaderos y las zonas yerbateras, con 4; los ríos, con 6, y las cocinas, laboratorios y parques, con 10. El mayor número de siniestros se ha producido en 1939, en los trabajos de máquina; en 1940, en los de carga y descarga. Así sucede también en 1941, 1942, 1943 y 1944.

Las operaciones menos peligrosas han sido las de carga y descarga. Así como el mayor número de accidentes mortales tuvo por causa la caída, en las incapacidades permanentes el factor de mayor producción es la máquina, con un total de 2.966. En segundo lugar figuran las caídas, con un total, en los seis años, de 2.860.

Las enfermedades profesionales han ocasionado 50 incapacidades permanentes y las enfermedades generales 35. Todas ellas en el conjunto del período estudiado.

En los siniestros mortales vimos que el cráneo fué la parte más afectada. En las incapacidades permanentes, el mayor número de lesiones se ha producido con enorme diferencia en las extremidades superiores: 6.241 y en las extremidades inferiores: 2.114.

Las lesiones del cráneo han sido: 232. Deducimos fácilmente de esto una disparidad entre la tasa de frecuencia y la de gravedad.

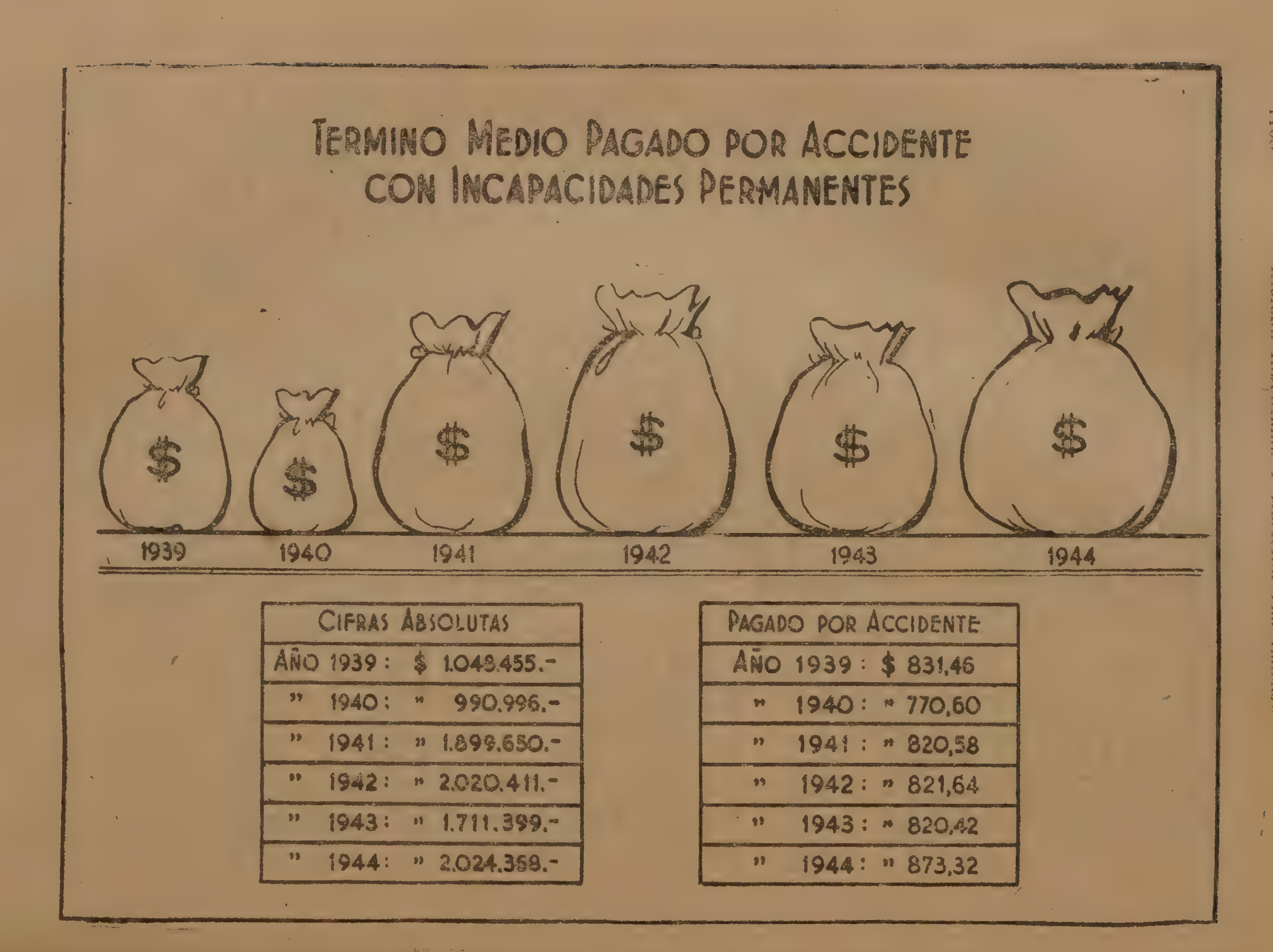
Examinando el tema desde el punto de vista de la equidad, vemos que en el transcurso de seis años el mayor número de incapacidades se ha dado entre los 25 y 34: 3.156. Después, entre los 35 y 44, con un total de 2.454. Entre los 18 y los 24, con un total de 2.116. Luego entre los 45 y los 55, con un total de 2.072. Entre los de más de 55 años, con un total de 970. Finalmente entre los de 18 años, con un total de 281.

En cuanto al sexo y estado civil del accidentado, se han producido en el siguiente orden: varones casados, varones solteros, mujeres solteras, varones viudos, mujeres casadas y mujeres viudas. En cuanto al examen de los meses del año, no se llega a ninguna conclusión definida.

En lo que respecta a las horas de producción de los siniestros con incapacidad permanente, la estadística ofrece un resultado muy interesante puesto que en el curso de los seis años, el mayor número ha tenido lugar a las 10 y a las 16 horas, es decir, al final de cada una de las dos medias jornadas habituales del trabajo.

La mayor parte de la asistencia sanitaria por incapacidad permanente, fué prestada en los sanatorios, luego, en las empresas patronales, después, por los médicos particulares y finalmente, en las compañías de seguros. La asistencia en las instituciones públicas de carácter benéfico baja considerablemente e inversamente a lo que vimos en los siniestros mortales. Podemos rectificar la hipótesis establecida de que las incapacidades permanentes, la acción patronal directa o por intermedio de las empresas aseguradoras, es muy superior a la de las instituciones benéficas.

El importe global de las indemnizaciones pagadas y de los costos promedio en las incapacidades permanentes, es muy similar a la de los siniestros mortales. En los dos primeros años representa alrededor de un millón de pesos, en el tercero y en el cuarto, aproximadamente dos millones, así como también en el sexto, y en el quinto baja un poco, puesto que sólo alcanza a poco más de pesos 1.700.000. En cambio, el promedio pagado por cada accidente se ha mantenido casi inalterable en el curso de los seis años, ya que ha oscilado entre 770,60 y 873,32 pesos.



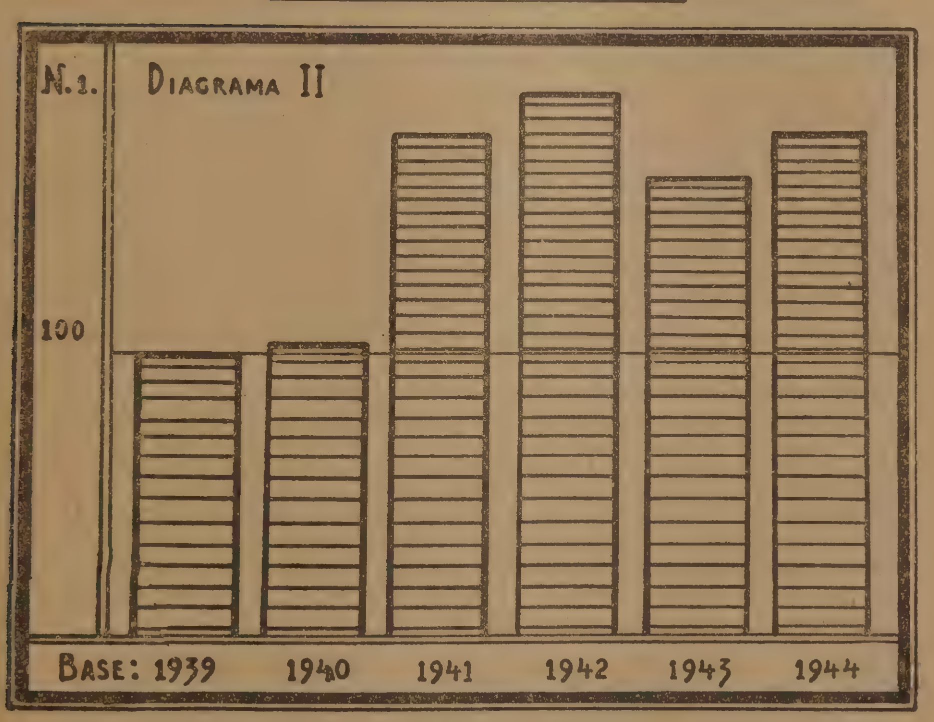

| Cifras Absolutas | |
|---|---|
| Año 1939 : | $ 1.048.455.- |
| " 1940 : | " 990.996.- |
| " 1941 : | " 1.899.650.- |
| " 1942 : | " 2.020.411.- |
| " 1943 : | " 1.711.399.- |
| " 1944 : | " 2.024.358.- |

| Pagado por Accidente | |
|---|---|
| Año 1939 : | $ 831,46 |
| " 1940 : | " 770,60 |
| " 1941 : | " 820,58 |
| " 1942 : | " 821,64 |
| " 1943 : | " 820,42 |
| " 1944 : | " 873,32 |

# INCAPACIDADES PERMANENTES

## COMPARACION DEL VOLUMEN TOTAL DE CASOS OCURRIDOS.

| Años | Cifras Absolutas | N. 1. |
|---|---|---|
| 1939 | 1.261 | 100 |
| 1940 | 1.286 | 101,98 |
| 1941 | 2.315 | 133,58 |
| 1942 | 2.450 | 195 |
| 1943 | 2,086 | 165,42 |
| 1944 | 2.318 | 183.82 |



## RAZONES QUE HACEN NECESARIA LA CREACION DEL INSTITUTO NACIONAL DE ACCIDENTES DEL TRABAJO

El espíritu de la Ley 9.688 sobre accidentes del trabajo no es de beneficencia, sino de justicia social.

El Estado, desde la época de su promulgación, en lo que a la parte médica se refiere, ha tenido escasa intervención hasta el presente. Si exceptuamos la función de fijar incapacidades, que por convenio especial con el antiguo Departamento Nacional del Trabajo se viene realizando en el primitivo Departamento Nacional de Higiene, luego en la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, y actualmente en la Secretaría de Salud Pública, desde el año 1916 hasta la fecha, no han existido otras medidas de orden preventivo, asistencial o de estadística dignas de tenerse en cuenta. La fiscalización y el control, prácticamente, han sido nulos.

La falta de una organización adecuada dentro del Estado que centralice todo lo relacionado con el accidente de trabajo, desde el momento del mismo, hasta el alta del accidentado, dentro del plazo que fije la Ley vigente, ha llevado a los que han tenido que controlar insuficientemente algunas de las normas de la citada Ley, a observar una serie de deficiencias como las siguientes.

Existe una Medicina del accidentado del trabajo con características propias, que en vez de beneficiar al obrero, que trata de amparar la legislación, lo perjudica.

La atención médico-quirúrgica se realiza en la actualidad sin ninguna unidad de criterio, en hospitales, clínicas particulares, sanatorios y mutualidades. El personal dedicado a esta asistencia no siempre es especializado, ni siquiera competente y a veces ni conoce la legislación, con las responsabilidades consiguientes. Muchas secuelas de fracturas y de otras lesiones traumáticas no son consecuencias inevitables del traumatismo, sino del tratamiento, lo que equivale a decir que pueden evitarse.

Bohler dice: «Las rigideces de los dedos consecutivas a las fracturas y otros traumatismos del carpo, del codo, del brazo y del hombro; las rigideces del hombro consecutivas a los traumatismos por debajo del codo; el pie equino tan frecuente después de las lesiones de la pierna; el pie plano traumático como secuela de las fracturas maleolares; los acortamientos mayores de 2 cms. y las angulaciones que midan más de 10° resultantes de fracturas del fémur y de los huesos de la pierna, todas estas secuelas, pueden evitarse siempre con un tratamiento adecuado y disponiendo de una buena organización. También pueden evitarse generalmente en los casos de traumatismos abiertos, la propagación de la infección, es decir, el que no se localice la infección al lugar de la lesión».

Los tratamientos prolongados deficientemente realizados o ejecutados sin los elementos suficientes, siempre son perjudiciales. Existe una tendencia manifiesta en la actualidad, en todas estas clases de tratamientos, hacia un beneficio más bien lucrativo que funcional y económico para el trabajador, que es lo que corresponde.

El bajo precio con que se trata de pagar a ciertos establecimientos la asistencia diaria que debe prestar al accidentado, no está en relación, la mayor parte de las veces, con el costo mínimo necesario para realizar elementales tratamientos, médicos, quirúrgicos medicamentosos, fisioterápicos, etc. Esto hace que ciertas personas poco escrupolosas restrinjan al mínimum los gastos en beneficio de su interés y en desmedro de un buen resultado, con todos los peligros consiguientes. Estos, la mayor parte de las veces, están muy por debajo de lo que podría obtenerse y un índice demostrativo es la elevación de la tasa de las incapacidades resultantes.

La unificación de criterio, la formación científica de los médicos y la organización del tratamiento y aun el tipo y construcción de los hospitales, son elementos que solucionarán el problema, terminando con todas las lesiones sobreagregadas a las propias del traumatismo.

El tiempo que el obrero ocupa recorriendo sanatorios, hospitales, consultorios públicos y oficinas administarativas, para llegar a la liquidación que persigue, es largo, y los días que no ha trabajado, pudiendo hacerlo, aumentan. Esto, aparte de la disminución del potencial humano trae aparejados problemas individuales, médicos, familiares y económicos que se comprenden fácilmente.

Muchas veces la conveniencia de una liquidación precoz, sin haber hecho todo lo que se pudo, deja como resultado incapacidades funcionales u orgánicas elevadas, y si desgraciadamente es cierto que puede representar ventajas pecuniarias que no se rechazan, a veces por necesidad, más cierto es que deja malos saldos al final, en los que debería obtener beneficios el obrero accidentado.

No existe en la actualidad una unificación de normas a seguir para la asignación de las incapacidades resultantes como secuelas del siniestro, ni tampoco sobre las relaciones de casualidad entre el accidente del trabajo y lesiones que pueden determinar una enfermedad y eventualmente la muerte del obrero. Es común que cada perito médico que intervenga, sea cual sea la vía de su designación, se sienta y crea capaz de crear una tabla Baremo, aunque no haya tenido nunca ninguna experiencia sobre todo cuando ha de informar a personas no técnicas, ya que muchos de estos dictámenes no resistirían al menor análisis científico, si se tuviera que discutir entre médicos conocedores de su especialidad.

Existen grandes discrepancias cuando han tenido que actuar diferentes médicos, explicables todas por el interés o por la ignorancia en la disciplina de la Traumatología de los accidentes del trabajo.

Esto ocasiona efectos morales en el trabajador y en su familia y dejan un saldo de inseguridad y de desconfianza. El Estado por medio de un organismo competente, no debe tolerar que esto suceda.

La falta de centralización en todo lo que se refiere a asistencia médica y asesoramiento técnico, hace que muchos datos estadísticos de interés se encuentren dispersos. Los que existen, padecen de una inseguridad por falta de control y de ausencia de unificación directriz en la recepción. No existen pues, los elementos necesarios para confeccionar una estadística completa.

Es en base a ella que se proyectarán todas modificaciones de orden legislativo, o se fijarán normas de asistencia o de prevención con criterio racional. Por la falta de una estadística no hemos podido hasta el presente, y a pesar del número elevado de casos que desfilan por los consultorios oficiales de la Secretaría de Salud Pública, Sección Traumatología, confeccionar una tabla Baremo propia, que además de ser de una gran utilidad para todos lo que se dedican a estas disciplinas, sería la primera tabla Baremo oficial argentina.

La importancia de los problemas de orden médico asistencial, médico legal y sociales que traen aparejados los accidentes del trabajo, puesta en manifiesto por la estadística numerosa de los mismos y las deficiencias observadas y anotadas en páginas precedentes, son razones suficientes que hacen necesaria la creación de un Instituto que centralice todo lo relacionado con el estudio del accidentado del trabajo desde el momento que sufre el accidente hasta que le sea otorgada el alta según las disposiciones legales vigentes.

El Instituto Nacional de Accidentes del Trabajo, dependencia de la Secretaría de Salud Pública, centralizará todo lo que se relacione:

a) Asistencia Médica.
b) Asesoramiento Técnico Médico Legal.
c) Estadística correspondiente.

Su funcionamiento representará beneficios de orden individual, social y económico.

## ASISTENCIA MEDICA

Constituye una de las funciones del Instituto Nacional de Accidentes del Trabajo, crear y organizar el Hospital para accidentados del trabajo. Deberá tenerse en cuenta para el cálculo

numérico de sus camas, la clase de accidentados que han de tratarse en él. Actualmente no existe un Seguro Nacional para accidentados del trabajo; correspondería pues a los servidores del Estado, o a los que por convenios contraactuales especiales con compañías aseguradoras o privadas, se les acordara ese derecho.

Los datos estadísticos sobre accidentes del trabajo no son completos. Los suministrados por la Secretaría de Trabajo y Previsión recién pueden tener cierta importancia desde el año 1945 en que se estableció la Instancia Administrativa obligatoria para accidentados del trabajo por el Decreto-Ley N.° 21.425. Esto respecto a las denuncias. La estadística oficial de la Sección Traumatología de la Secretaría de Salud Pública es un índice de los obreros que han debido ser tratados, dados de alta o indemnizados. Nada nos revela sobre el número de días de hospitalización, gravedad del siniestro, etc., sino en forma muy relativa.

Sobre la base de una estadística complenta, a la cual contribuyeran el aporte de la División Accidentes de la Secretaría de Trabajo y Previsión, de la Sección Traumatología de Salud Pública, de los sanatorios privados, de los hospitales municipales y de las compañías aseguradoras, se podría formular con un criterio racional y exacto la capacidad y el número de camas suficientes para llenar la finalidad que persigue la creación del hospital ya mencionado. Esto puede llegar a obtenerse, pero necesita tiempo.

Creemos que un hospital con quinientas camas, en la Capital Federal y con capacidad suficiente, podría ser el punto de partida para la construcción de otros en lugares adecuados, y cubriría las necesidades del momento.

En cuanto a su ubicación, debe procurarse que se encuentre en un lugar de fácil acceso, con vías de comunicación en todas direcciones y en un barrio industrial.

Mientras esto no se realice, la acción del Estado, en cuanto al control de la asistencia médica del accidentado del trabajo se refiere, puede efectuarse por medio de un cuerpo de médicos inspectores especializados que, concurriendo a los diversos sitios donde se prestan los servicios correspondientes, controlarán el tratamiento desde el momento del accidente hasta el alta.

El hospital para accidentados del trabajo comprenderá los siguientes servicios: Urgencia, Consultorios Externos, Cirugía, Clínica Médica, Especialidades, Laboratorios, Rayos, Fisioterapia, Anatomía Patológica, Servicio Social.

Al frente de él debe haber un Director Técnico especializado, en el cual debe recaer toda la responsabilidad del tratamiento en conjunto y del resultado final, aunque en el mismo intervengan diversos ayudantes. Se terminará así con el hecho muy corriente,

de que un lesionado pase por varios hospitales, compañías de seguros, etc. Los médicos, al final no están enterados del resultado del tratamiento. Desaparecerán también las desventajas de los tratamientos colectivos, que consisten en que, en asistencia de un caso, participen sucesivamente varios médicos prácticos y especialistas, sin nexo alguno entre sí y sin que ninguno de ellos acepte la responsabilidad del resultado final.

El Director Técnico será la persona sobre la cual debe recaer toda la responsabilidad.

**Asistencia de Urgencia**: Debe funcionar permanentemente día y noche con equipos médicos especializados, de guardia, completos, constante y susceptibles de ser revocados en plazos prodenciales: 6 horas. Estos médicos seguirán a sus pacientes hasta la curación, bajo la dirección del Médico Director responsable. En caso de necesidad apremiante, podrán funcionar todos los equipos a la vez (catástrofes, incendios, desmoronamientos, etc). Serán auxiliados por especialistas de cada una de las ramas médicas y quirúrgicas especializadas (neuro-cirujano, neurólogo, oftalmólogo, otorrinolaringólogo, etc.), quienes podrán hacer guardias pasivas, aparte de cumplir con las obligaciones de sus servicios al ser llamados de urgencia.

Tendrán anexos, un servicio de rayos, de anestesia y de prevención y tratamiento del shock y servicios de ambulancias con todos sus accesorios.

**Servicio de Cirugía**: Salas de internación en grupos de pocas camas, separando los pacientes por lesiones, lo que facilita la «standardización» de los procedimientos. Departamentos especiales para enfermos sépticos. Salas de operaciones con todos los adelantos modernos y sus anexos. Sala especial para el tratamiento de los quemados. Servicio de anestesia, rayos, oxígenoterapia y tratamiento del shock.

**Servicio de Clínica Médica**: Anexo al Servicio de Cirugía. Completo.

Tratará las complicaciones médicas del accidentado (neumopatías, cardiopatías, nutrición, tuberculosis, etc.).

**Consultorios Externos**: Constituye el servicio encargado del tratamiento ambulatorio del accidentado. Debemos considerar el consultorio externo general y el consultorio externo de cada una de las especialidades.

Funciones del consultorio externo general:

1.° Atender los enfermos que concurren por primera vez, excepción hecha de los casos de urgencia.

2.° Tratar solamente los casos pasibles de tratamiento ambulatorio.

3.° Disponer la internación del accidentado por primera vez o en el curso de tratamiento ambulatorio.
4.° Efectuar las curaciones de los enfermos de servicios externos y los que ordenen los servicios internos.
5.° Orientar al traumatizado a las distintas especialidades.
6.° Archivo de todo lo actuado, para informar, si así lo requieren las autoridades.

Funciones del consultorio externo de especialidades:

Cada servicio especializado tendrá su consultorio externo anexo, que atenderá los enfermos enviados por el servicio interno o por los consultorios externos generales o por los consultorios externos de otras especialidades si así lo requieren.

Serán sus funciones:

1.° Asesoramiento técnico.
2.° Tratar ambulatoriamente, previa comunicación al consultorio externo general.
3.° Pedir la internación del accidentado si así lo requiere el tratamiento de su afección en el servicio correspondiente.

**Tratamiento y Vigilancia del accidentado**: Esta función, estando organizado el Hospital Nacional de Accidentes del Trabajo, será desempeñada por los consultorios externos y por el personal correspondiente técnico y social, en cuanto a las prestaciones asistenciales de los que entran a gozar de sus beneficios. En el caso de que la asistencia sea privada y no oficial, la función de esta Sección es de trascendental importancia, ya que controlará y vigilará el tratamiento y la asistencia médica de todo accidentado en el trabajo, desde el momento en que ocurre el siniestro hasta que sea dado de alta, aconsejando la intervención de otras Secciones (Higiene Industrial, Patología del Trabajo y Recuperación del Inválido) .

La legión de traumatizados que desfilan continuamente por la Sección Traumatología de esta Secretaría de Salud Pública, ha puesto en evidencia los resultados, muchas veces desastrosos, consecuencia de las terapéuticas mal dirigidas, vigiladas y controladas, observándose, como resultado final, incapacidades altas y a veces definitivas en casos que no correspondería.

El Instituto Nacional de Accidentes del Trabajo debe tener bajo su dependencia esta función, dentro de una de sus Secciones importantes, con personal técnico competente y especializado, pues de su buen cometido dependerá el éxito final, que beneficiará en todo sentido al accidentado y a la sociedad, dejando como saldo favorable en el obrero, no sólo una menor incapacidad en lo que respecta a su faz anatómica y funcional, sino en lo que se refiere a su faz laborativa, económica y productiva. Dado de alta en buenas condiciones, un traumatizado por accidente se podrá in-

corporar al seno de la sociedad y será un brazo más en la larga cadena del trabajo corporativo, base y engrandecimiento de la Nación, que podrá figurar así a la vanguardia en materia de patología del trabajo.

En cuanto a su organización, la faz técnica estaría formada por profesionales competentes y compenetrados de su especialidad cuyas funciones serán las de fiscalizar y controlar en forma directa, las condiciones en que se realiza el tratamiento y la asistencia del que sufra las consecuencias de un siniestro en su trabajo.

Para tal fin, el perímetro de la Capital se dividirá en tantas zonas como las necesidades lo requieran.

Los exámenes de control se harán periódicamente en días y horas prefijados, debiendo estar presentes en ellos los médicos que tengan responsabilidad directa o indirecta en el tratamiento (seguros, patronales, del obrero), a efectos de coordinar y sugerir los lineamientos generales o particulares del tratamiento a seguir.

Cuando estos médicos inspectores comprueben alguna deficiencia de orden técnico con respecto al tratamiento instituído, comunicarán inmediatamente a la superioridad la anomalía observada, así como también las proposiciones que crean convenientes para encarar y encausar la asistencia.

Anexa a esta Sección funcionará una parte administrativa y un cuerpo de visitadores sociales para los fines pertinentes.

### ASESORAMIENTO TECNICO MEDICO LEGAL

Función de suma importancia, que corresponde integralmente al Instituto Nacional de Accidentes del Trabajo, ya que éste centraliza y coordina todo lo relacionado al mismo.

Sus dictámenes, dada la jerarquía científica que dentro del Estado tiene la Secretaría de Salud Pública, serán los de más alto valor técnico-médico dentro de las vías administrativas. Se evitarán así interferencias o superposiciones de otras reparticiones dentro del Estado, con todos los inconvenientes de trámite en desventaja del resultado final.

*Comprenderá: a) La formación de tribunales médicos con técnicos oficiales y patronales o representantes del obrero para la asignación de las incapacidades resultantes.*

No existe ninguna repartición, dentro del Estado, que tenga la experiencia de la dependencia que en esta Secretaría efectúa estas funciones desde el año 1916. La Memoria de la labor realizada desde el año 1940 hasta el 21 de noviembre de 1946, lo pone en evidencia.

| | | |
|---|---|---|
| Año 1940: | 3.517 | informes |
| » 1941: | 4.187 | » |
| » 1942: | 4.514 | » |
| » 1943: | 5.212 | » |
| » 1944: | 7.366 | » |
| » 1945: | 7.782 | » |
| » 1946: | 9.065 | » |

El aumento del número de dictámenes en estos dos últimos años se debe a la aplicación del decreto ley N.º 21.425 del mes de agosto de 1944, creando la Instancia Administrativa Obligatoria para los resarcimientos de los accidentes del trabajo ocurridos en el territorio de la Nación.

La función especializada en el aspecto técnico, que es de orden médico-legal, requiere profesionales con experiencias en estas disciplinas que no pueden improvisarse. Las elevadas sumas de dinero de terceros, en carácter de primas por incapacidades parciales o totales definitivas, afectadas por esta sección en su determinaciones, obligan a la selección del personal, tanto técnico como administrativo, pues, además de conocimientos suficientes y de una colaboración activa e inteligente, debe ofrecer responsabilidad moral, a fin de que sus juicios estén amparados en un criterio de justicia y equidad, para que los que concurran ante la Sección como supremo tribunal, no sean defraudados por un fallo que adolezca de vicios por incapacidad o negligencia o por intención de sus componentes.

Los técnicos examinarán a los accidentados todas las veces que crean conveniente, solos o en consulta, según las disposiciones legales vigentes, o a solicitud de la superioridad, y dictaminarán sobre el grado de incapacidad, si la hubiere o no, el tratamiento a seguir y darán el alta definitiva.

La curación del obrero lesionado será declarada con arreglo a las siguientes normas: a) curación sin incapacidad. Alta. b) curación con incapacidad. Los peritos harán descripción detallada de las lesiones, indicando todas las circunstancias que se hayan valorado para ponderar la incapacidad. Se deben tener en cuenta y conocer a fondo, todos los elementos de valuación de la misma. En cuanto a la incapacidad, ésta podrá ser: absoluta y permanente, parcial y permanente y absoluta y temporal. Esta última será apreciada como prolongación de las consecuencias patológicas ocasionadas por el accidente. El concepto de incapacidad absoluta temporal dejará de regir desde que sea declarada la curación del obrero lesionado, es decir, que se haya obtenido la cicatrización de las lesiones y el restablecimiento completo de la función de las partes lesionadas.

Las incapacidades que esta Sección fije, como secuelas resultantes del accidente, se harán con un criterio eminentemente científico, teniendo en cuenta la disminución en la función normal del órgano afectado, sus lesiones anatómicas y la especialización del obrero en su trabajo. Las secuelas que dejan los accidentes comunes son pérdidas funcionales que, referidas a un segmento del órgano, su incapacidad puede variar del cero por ciento hasta el ciento por ciento de la misma.

Establecida la incapacidad, la ley 9.688 para valorarla presenta en el Art. 60 un cuadro sobre incapacidad para el trabajo, que en la práctica diaria es insuficiente, debiendo completarse con las tablas Baremos de las legislaciones extranjeras, hasta que poseamos la nuestra.

*b) Dictaminará sobre la relación de causalidad entre el accidente del trabajo, las afecciones que padece el recurrente y las causas de la muerte del obrero, cuando esto ocurra.*

La consecuencia definitiva del accidente es lo que constituye el hecho esencial para apreciar la importancia de la incapacidad, sin que deba tomarse en consideración la influencia de la concausa o enfermedad preexistente, que antes de producirse la lesión no impedía al obrero el ejercicio normal del trabajo.

El obrero que durante el trabajo sufre un accidente que con el transcurso del tiempo le priva de la visión, debe ser indemnizado con arreglo a la suma que establece la ley para los casos de pérdida definitiva de la vista, aunque anteriormente hubiera sufrido una enfermedad que ha podido obrar como factor concurrente, agravando la lesión posterior.

La ley no exige para la procedencia de la indemnización que el factor trabajo constituya la causa única de la incapacidad, porque el patrono, al contratar al obrero, lo acepta lógicamente como unidad de trabajo, con sus deficiencias orgánicas y funcionales y sus tendencias mórbidas latentes.

Para apreciar las consecuencias del factor ocasional que ha determinado el accidente, debe prescindirse, en general, de las condiciones mórbidas anteriores, porque en los casos en que media una concausa o un cuadro de causalidad compuesta, no es posible discriminar con precisión el efecto que corresponde a cada factor concurrente en las secuelas que trae aparejadas una lesión.

Debe considerarse justificada la relación de causalidad entre el traumatismo y el deceso si del dictamen médico, terminantemente asertivo, resulta que la lesión sufrida por el obrero ha determinado la eclosión de una enfermedad que pudo existir en estado latente y cuya evolución, provocada por el accidente, causó el deceso de la víctima.

Aun cuando no pueda establecerse a ciencia cierta la causa generadora de la enfermedad, debe presumirse que proviene del accidente sufrido por el obrero, sin con anterioridad al hecho el estado de salud de la víctima no le impedía desempeñar normalmente las tareas que tenía asignadas.

No es indispensable, para que proceda la indemnización, que el accidente sea la causa única de la enfermedad, bastando a ese efecto, que la provoque, agrave o acelere su desarrollo.

La ley sobre accidentes del trabajo, dictada con el propósito de amparar al obrero sustrayéndolo al infortunio, debe ser interpretada y aplicada con criterio liberal y con amplio espíritu de justicia por razones de conveniencia pública y de asistencia y solidaridad sociales.

Esta sección solicitará el asesoramiento de todos los especialistas dentro de la repartición que crea necesario, siendo importantes los de Radiología, Oftalmología, Otorrinolaringología y Neurología.

c) Cursos de aprendizaje y conferencias de divulgación por medio de personal idóneo sobre temas de orden médico legal relacionados con accidentes del trabajo.

## Estudio del accidente y del accidentado

Todas las actuaciones relacionadas con un accidente del trabajo, hasta la fecha, se inician por un acta levantada, ya sea por declaración del obrero o de las entidades patronales o de ambas a la vez, sin ninguna intervención de un técnico oficial. Esto trae como consecuencia confusiones por falta de datos o por imprecisión de los mismos, que conducen a erróneas interpretaciones.

Esta sección, por medio de médicos inspectores, levantará un acta detallada y precisa el mismo día del accidente, en el mismo lugar, previo interrogatorio de la víctima o de los testigos si esto no fuera posible, y un estado actual del obrero accidentado, recogiendo todos los elementos de interés y tratando de despistar lesiones preexistentes, debiéndose dejar debida constancia de ello.

Es esto muy importante porque, pasando cierto tiempo de ocurrido el accidente, es muy común que personas interesadas y de mala fe quieran hacer provenir del siniestro lesiones o estados patológicos que nada tienen que ver con él, con el fin de recibir beneficios o indemnizaciones que no corresponden.

Conjuntamente con el Instituto de Higiene Industrial y Medicina del Trabajo, completará el estudio de la etiología del accidente entre las causas dependientes directamente del obrero, favor humano muy importante y no despreciado, según lo ponen en evidencia las estadísticas: estados anormales pasajeros o fácilmente corregibles, ignorancia, enfermedad, defectos de constitución.

### ESTADISTICA

El Instituto Nacional de Accidentes del Trabajo debe tener una Sección Estadística con personal idóneo, en la que se centralizarán por medio de una contabilización racionalizada, centralizada, completa, sumaria y concisa, todas las actividades relacionadas con el accidente del trabajo y el accidentado, desde el instante de la producción de aquél hasta el alta correspondiente. Se confeccionará un fichero apropiado, según las técnicas modernas, que comprenderá:

a) Identificación del accidentado. Legajo o prontuario individual. b) Contabilización centralizada de las tareas. c) Expresión en guarismos y agrupación de las diferentes lesiones, tareas, edades, sexo, etc. y sus resultados.

## HOSPITAL OBRERO

Las leyes de protección contra accidentes de trabajo y enfermedades profesionales requieren para su ejecución una activa intervención del médico. De su intervención correcta, en esta clase de actividades, depende en gran parte el éxito. La protección eficaz del obrero y un tratamiento encaminado a salvaguardar su integridad laborativa, sólo puede hacerse en un hospital especializado donde los médicos conozcan a fondo la medicina del trabajo y sus problemas.

En nuestro país, hasta el presente, no se han graduado especialistas en esta rama de la medicina, pues tampoco han existido nosocomios dedicados exclusivamente al tratamiento del obrero, como enfermo o accidentado por el trabajo. Realmente, los organismos ya existentes se han dedicado a realizar una obra de asistencia social al obrero, comprendiendo, no sólo la atención de las tecnopatías, sino también la de las enfermedades comunes y aun las de los familiares.

El Hospital Obrero no debe alcanzar la magnitud de ese problema, de orden más social que técnico, sino dedicarse a la especialización de las enfermedades del trabajo en todas sus formas, a la asistencia médica del accidentado del trabajo y al diagnóstico precoz de todas aquellas afecciones que tienen por única etiología el trabajo. Las experiencias aisladas que se pudiesen efectuar en los diferentes órdenes gremiales serán, únicamente, reflejos parciales del problema, faltando la unidad central que agrupe todos los riesgos del trabajo, en su carácter médico, y garantizando firmemente un tratamiento adecuado que sea oportuno, controlado, unificado, especializado e integral.

El número de enfermos que asista a este hospital, el tratamiento de los accidentados, será la base más firme para la investigación, aportando la experiencia nacional e independizándonos,

en lo posible, del extranjero, donde las normas de actuación no están de acuerdo con nuestras leyes o nuestra idiosincrasia.

La repercusión social de este Hospital Obrero será enorme, pues el trabajador sabrá que existe un organismo médico que entiende de sus padecimientos orgánicos causados por su profesión.

El tratamiento adecuado del obrero permitirá disminuir las incapacidades en un porcentaje del 40 % sobre las cifras actuales, que es el beneficio que se obtuvo en EE. UU. cuando se organizaron estos servicios.

Contemplando las necesidades que a continuación se detallan, creemos que el hospital debe tener una capacidad de 550 camas, con todos los anexos inherentes a la atención de enfermos de internación y las necesidades de los enfermos de consultorio externo.

**Consideraciones Generales**

| | |
|---|---|
| Población obrera total ........................................ | 2.500.000 |
| Porcentaje medio de accidentados ....................8 % — E.U. 5 % — | |
| Este porcentaje es anual. | |
| Población obrera accidentada ................................ | 210.000 |
| Población obrera accidentada p\|internarse 15 % de los accidentados — total ........................................ | 46.500 |
| Duración, término medio, del internado, 15 días en accidente, 30 días en enfermedades profesionales. | |
| Enfermedades profesionales representan el 2 % de los accidentados. E. U. 0,90 % aproximadamente. | |
| Población obrera afectada de enfermedades profesionales p\|año .. | 4.200 |
| Poncertanje obrero afectado de enfermedades profesionales, que se internan ................................................ | 80 % |
| Población obrera que se interna por este rubro, 3.360 enfermos al año. (El alto porcentaje de internación se debe a necesidades diagnósticas). | |
| Distribución de los tipos de tratamientos por 100 accidentados; | |
| Tratamiento ortopédico ........................................ | 40 % |
| Tratamiento médico ........................................ | 30 % |
| Tratamiento quirúrgico ........................................ | 23 % |
| No tratados ........................................ | 7 % |
| | 100 % |

| | |
|---|---|
| Población obrera de la Capital Federal ........................ | 600.000 |
| Accidentados anuales ........................................ | 42.000 |
| Enf. profesionales ........................ | 70 |
| Accidentados mens. | |
| Accidentados ........................ | 3.430 |
| Total ........................ | 3.500 |

Accidentados mensuales que requieren internación:

| | | |
|---|---|---|
| Accidentados | 614 | |
| Enf. profesionales | 56 | |
| Total | | 670 |

Población del interior del país que requiere internarse en la Capital Federal mensualmente:

| | | |
|---|---|---|
| 5 % Accidentados | 100 | |
| 50 % Enf. profesionales | 140 | |
| Total | | 240 |
| Total de accidentados a internarse mensualmente | | 910 |

Distribución de las camas:

| | |
|---|---|
| Enf. profesionales | 200 |
| Accidentes (307) | 350 |
| Total de camas | 550 |

Consultorios externos:
Accidentados; 1.ª vez 10
Accidentados; 2.ª vez (curación) 20
Accidentados; 2.ª vez (control) 20
Consultorios especializados: 2 porf. cada uno.
Clínica Médica: Jefe y 4 consultorios.
Kinesiología: 20 consultorios (2 turnos).
Fisioterapia: 8 consultorios.

## RELACION CON EL PROYECTO DE CODIGO SANITARIO

En los momentos actuales, la Secretaría de Salud Pública de la Nación, cuenta tan sólo con tres secciones que resuelven, en forma parcial, los problemas médicos que surgen del trabajo. Son ellas: la Sección Higiene Industrial y Patología del Trabajo, Sección Juntas Médicas y Sección Traumatología.

Las garantías que el Plan Quinquenal ofrece a los trabajadores del país y la importancia que con ello adquiere esta Secretaría Auxiliar de Higiene y Medicina del Trabajo, hace que sea preciso crear nuevos organismos para cumplir con los principios y las bases del proyecto de ley del Código Sanitario Nacional. A continuación se detallan, por separado, los tópicos y la forma de ejecución concernientes a esta Secretaría.

Art. 3.° — A los fines del Art. 2.° se contemplarán las orientaciones específicas de la Secretaría de Salud Pública, las cuales serán consideradas como bases para el desarrollo legislativo del texto codificado.

Son atribuciones de la Secretaría de Salud Pública y bases del Código Sanitario Nacional -entre otros- los siguientes propósitos:

Inciso 11. Estudiar los problemas vinculados a la seguridad física de la población y estimular y coordinar las obras e iniciativas destinadas a la prevención de los accidentes:

Entre las iniciativas a sugerir con respecto a los accidentes de trabajo, no podemos menos de insistir en:

*Obligación de declarar el accidente de trabajo, vigilancia y contralor de las medidas de seguridad en los ambientes de trabajo.*

El accidente de trabajo forma parte de los riesgos a que está sometido el hombre que trabaja y está claramente demostrado que el 85 % de éllos pudo evitarse. Las medidas de solución del problema deben ir dirigidas a la prevención, por una parte, y por otra, al tratamiento del accidentado. En esta parte nos corresponde únicamente garantizar un trabajo seguro con un mínimum de peligro.

El estudio de los nuevos materiales, maquinarias o métodos industriales, es imprescindible para llevar a cabo una solución firme en la profilaxis del accidente.

Este tema será de la incumbencia de la Medicina del Trabajo y sugerimos, para corresponder a las necesidades ambientales, la creación del **Cuerpo de Seguridad Industrial.**

Este cuerpo tendrá también la misión de estimular las iniciativas privadas en ese sentido, coordinando su acción y llevando al obrero una seguridad nunca alcanzada hasta el presente en el trabajo.

Completarán la acción de este cuerpo de seguridad los jefes de seguridad que estarán en contacto directo con los trabajadores en las fábricas, talleres o lugares de trabajo, controlando en todo momento las medidas aconsejadas en la prevención de accidentes.

En cuanto se refiere a los ambientes de trabajo se transcribe un proyecto de:

## REGLAMENTO DE HIGIENE INDUSTRIAL Y SEGURIDAD DEL TRABAJO, DE LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DE LA NACION

Artículo 1.° Ningún establecimiento industrial podrá iniciar sus actividades sin haber sido previamente inspeccionado y autorizadas sus intalaciones, en cuanto atañe a higiene y seguridad para el trabajo. A tal efecto, deben presentar un plano del local, describir las materias primas empleadas y los procedimientos de elaboración.

Art. 2.º Los locales de trabajo, de cualquier clase que sean, deberán reunir, por lo menos, las siguientes condiciones:

**1) Ubicación:**

Dentro de lo posible se ubicarán en terrenos altos, con suelos permeables y suficientemente cerca de núcleos de población o vías de comunicación.

**2) Orientación:**

La orientación de los locales de trabajo será determinada por los organismos técnicos existentes en el lugar, teniendo en cuenta la latitud y condiciones geográficas o topográficas de la zona. Se tratará de evitar, en lo posible, el asoleamiento excesivo en los meses de calor y la falta absoluta del mismo en los de frío.

**3) Construcción:**

La construcción se hará con los materiales adecuados a la industria a que se destine y al sitio de su ubicación, y se regirá por las reglamentaciones del lugar, en cuanto no contradiga las disposiciones del presente código. Será sólida y segura para los casos de incendio y protegida contra los roedores.

**4) Altura:**

La altura mínima general de los locales será de 4 mts. En los lugares de poca permanencia, o en otros, autorizados por excepción en razón de exigencias técnicas, etc., podrá disminuirse la altura hasta 3 mts.

**5) Paredes y techos:**

Las paredes y techos deberán tener superficies susceptibles de ser blanqueadas a la cal o recubiertas de un enduído. El techado deberá proteger a los obreros contra el calor y la intemperie.

**6) Pisos:**

Los pavimentos u otros revestimientos del suelo serán impermeables, sólidos, secos, planos y no resbaladizos. Los materiales con que ellos se construyan deberán prestarse fácilmente a la limpieza. En aquellos lugares donde las operaciones expongan a la humedad del suelo, existirán desagües adecuados y se protegerá a las personas contra la humedad.

**7) Aberturas:**

Las ventanas y otras aberturas deberán tener una superficie mínima equivalente a una sexta parte de la superficie del suelo. Las puertas interiores no entrarán en el cómputo para establecer el cálculo.

Las ventanas y otros huecos claros deberán estar dispuestos en forma tal, que difundan uniformemente, en lo posible, la luz del día en las diferentes partes del taller. Ellas deberán ser de fácil limpieza y llevarán protectores contra insectos en los lugares en que las condiciones lo aconsejen. Deberán abrirse y cerrarse con facilidad. En lo posible se evitará el reflejo directo del sol sobre las personas, el calentamiento de los talleres, así como también las corrientes de aire sobre los trabajadores o sobre los puestos de trabajo.

8) **Puertas**:

Las puertas deberán estar bien ajustadas. En los lugares en que las circunstancias lo aconsejen, estarán protegidas contra insectos y se abrirán hacia el exterior.

9) **Superficie**:

La superficie de los locales de trabajo deberá ser tal que asegure a las personas ocupadas, espacio o superficie para desplazarse con comodidad. No podrá ser inferior a la proporción de 2,50 mts. cuadrados por persona.

10) **Cubaje**:

El volumen mínimo disponible debe calcularse a razón de 10 mts. por persona, tomando como base una altura máxima de 4 metros.

11) **Iluminación**:

Todos los locales tendrán iluminación suficiente para que el trabajo pueda ser ejecutado sin peligro de accidentes o repercusiones para la salud. Los niveles de iluminación tendrán relación con el género del trabajo ejecutado. En general, y para trabajos que no exijan ningún esfuerzo visual, se requerirá un mínimo de iluminación, equivalente a 30 luxes. Para trabajos que exijan mediano esfuerzo visual, se requerirá un mínimo de iluminación equivalente a 60 luxes. Para trabajos que exijan gran esfuerzo visual, se requerirá un mínimo de iluminación equivalente a 150 luxes. Estos mínimos se refieren tanto a la iluminación natural como a la artificial. La iluminación será distribuída de modo tal que evite el deslumbramiento, las sombras o contrastes excesivos.

Las ventanas, claraboyas o aberturas iluminantes (horizontales o en dientes de sierra), deberán estar dispuestas de modo tal que permitan la entrada de luz difusa y eviten que el sol incida directamente so-

bre los lugares de trabajo. Cuando fuere necesario se emplearán dispositivos de protección que impidan la entrada directa del sol. En el caso de usarse estos dispositivos, no deberán disminuir la iluminación por debajo de los mínimos fijados.

La iluminación artificial, cualquiera que ella sea, no tendrá fluctuaciones luminosas y se adaptará a las condiciones indispensables para la higiene y confort del órgano visual. El calor que disipa los focos de iluminación artificial, no deberá molestar a los obreros ni viciar el aire.

**12) Ventilación:**

Los locales de trabajo tendrán suficiente ventilaciòn a los efectos de evitar la viciación del aire. El contenido de anhídrido carbónico en el mismo, no podrá exceder al 2 %, término medio.

El aire deberá renovarse, por lo menos, tres veces por hora, y durante las horas en que no se trabaje, las aberturas deberán permanecer abiertas durante un lapso conveniente a los efectos de ventilar a fondo. Cuando la ventilación natural no sea suficiente, será obligatorio efectuarla por medios artificiales, a razón de cuarenta metros cúbicos por persona y por hora.

**13) Temperatura:**

Los locales deberán mantenerse a una temperatura adecuada al género de trabajo que se realiza. En los períodos calurosos estarán protegidos contra la elevación exagerada de la temperatura y en los fríos se mantendrán templados dentro de lo posible. Un termómetro de funcionamiento normal, fácilmente accesible, deberá estar fijado a la altura del hombre y en lugar adecuado.

El índice de confort técnico exigible variará conforme a la región del país y a la época del año, debiendo, en general, ser inferior a 28° C en los períodos de calor y superior a 12° C en los fríos, sin variaciones grandes de humedad. Siempre que sea posible, se procurará mantener la temperatura alrededor de 18° C para el trabajo sedentario. Cuando se necesite mantener calefacción, se preferirá la central y al regular el calentamiento, y la ventilación, se tendrá en cuenta la humedad relativa, que deberá oscilar alrededor del 45 %.

Si las condiciones de ambiente se tornaren desfavorables por defecto de instalaciones de calor, será

prescripto el uso de medios protectores, así como también el aislamiento térmico, por medio de paredes dobles o recursos similares.

Las instalaciones generadoras de calor, cuando sea posible, serán colocadas en compartimientos especiales, quedando siempre aisladas y a 50 centímetros, por lo menos, de las paredes próximas. Los hornos y cámaras de desecación y demás instalaciones que puedan irradiar calor, deberán estar separadas, por lo menos, 50 centímetros de las paredes próximas, y esta distancia deberá aumentarse cuando sea necesario o aislarse térmicamente del muro, de manera que la temperatura, al otro lado de la pared, no pueda elevarse más de 2° sobre la del ambiente.

**14) Humedad:**

Cuando por la índole del trabajo sea necesaria una humidificación artificial, se colocará un psicrómetro cerca del lugar de trabajo y bien visible. Sus indicaciones se anotarán diariamente, una hora después de iniciadas las tareas y una hora antes de terminarlas, y estarán a disposición de las autoridades.

**15) Poder refrigerante:**

El poder refrigerante de la atmósfera de los locales, medido al katatermómetro, deberá mantenerse por encima de índices mínimos para cada tipo de trabajo, compatible con el normal desarrollo del mismo y sin perjuicio para la salud.

**16) Polvos y emanaciones:**

Será evitada, en lo posible, la existencia de suspensiones tóxicas, alergénicas, irritantes o incómodas para el trabajador.

**17) Abastecimiento de agua:**

En todos los locales de trabajo deberá suministrarse agua abundante, potable e higiénica. Si en el lugar de su ubicación hubiera abastecimiento, se tomará de éste y en caso contrario, se obtendrá de la fuente más próxima y conveniente. El agua para beber se suministrará por grifos surgentes, de «chorro elevado», o bien en vasos higiénicos. Quedan terminantemente prohibidos, en cualquier caso, los recipientes colectivos.

**18) Indumentaria del personal:**

Cuando la naturaleza del trabajo lo haga necesario se proveerá a los operarios de ropa apropiada para

las tareas que desempeñen. En estos casos existirá un lugar adecuado para guardarla.

**19) Guardarropas y vestuarios:**

Los trabajadores dispondrán (por sexos separados) de cuartos especiales para guardar sus ropas, bien aseados, ventilados, iluminados y provistos de guardarropas individuales.

**20) Limpieza:**

Los locales se limpiarán a húmedo, cuantas veces sea necesario, y por lo menos una vez al día, fuera de las horas de trabajo. En todos los casos se mantendrá la higiene general necesaria y compatible con el tipo de tarea que se desarrolla.

**21) Eliminación de residuos:**

Las aguas y desechos provenientes de las manipulaciones industriales, de cualquier especie que sean y que puedan perjudicar al trabajador o a la salud pública, serán evacuados a cámaras especiales, donde se los tratará convenientemente para hacerlos inocuos. Los demás residuos y basuras serán recogidos y colocados en recipientes especiales, herméticamente cerrados. Las aguas servidas y detritus, provenientes de las dependencias sanitarias, se evacuarán de acuerdo a las ordenanzas o reglamentaciones vigentes en la zona de su ubicación.

**22) Servicios sanitarios:**

En los locales contiguos al taller se instalarán dependencias sanitarias para sexos separados, manteniendo en buen estado de funcionamiento, perfectas condiciones de higiene, ventilación, iluminación y en número suficiente: 1 W. C. cada veinte personas, 1 orinal cada 10 personas, y 1 lavatorio cada 10 personas, provisto de toallas limpias y jabón.

**23) Baños:**

En los trabajos que por su índole lo requieran, se exigirán las instalaciones de duchas, dotadas de agua caliente y fría, con todos sus accesorios. Serán provistos gratuitamente.

**24) Comedores:**

Aquellos establecimientos que tengan comedores deberán instalarlos en locales adecuados, separados de los lugares de trabajo y mantenidos en perfectas condiciones de higiene.

**25) Servicios Médicos:**

El patrono está obligado a tomar todas las precauciones necesarias para proteger la vida y la salud de sus trabajadores, tomando medidas para evitar los accidentes y las enfermedades profesionales, instalando botiquines, servicio de primeros auxilios o consultorios médicos adecuados, según el tipo de la industria y el número de los operarios. El Secretario de Salud Pública reglamentará el funcionamiento de los servicios médicos, según las características mencionadas.

En los trabajos en que se determine, por vía reglamentaria, será obligatorio el examen médico previo al ingreso, dejándose constancia en fichas individuales de las comprobaciones efectuadas. Será obligatorio el examen periódico de los obreros y trabajadores, por lo menos una vez al año, en las actividades insalubres y peligrosas. Existirá la instalación adecuada para el cumplimiento de la ley 12.331.

**26) Salas Cunas:**

Siempre que las circunstancias lo aconsejen por el número de empleadas u obreras que trabajen, el patrono destinará para sala-cuna un local al que proveerá de los elementos necesarios y personal competente.

**27) Vivienda:**

Cuando, por razón de ubicación u otras circunstancias, el establecimiento provea al personal de vivienda, ésta deberá ser sana, higiénica y confortable. Los trabajadores no podrán dormir en los locales de trabajo.

**28) Bebidas Alcohólicas:**

Se prohibe la introducción, venta y consumo de bebidas alcohólicas en los locales de trabajo, así como su elaboración en industrias que no tengan ese objeto expreso.

**29) Asientos:**

En aquellos trabajos en que su naturaleza lo permita, será obligatoria la provisión de asientos al personal.

**30) Locales Descubiertos:**

En los trabajos realizados a cielo abierto serán exigidas precauciones especiales que defiendan a los que los ejecuten contra el asoleamiento, el calor, el frío, las lluvias, los vientos, etc.

a) Cuando se realicen los trabajos a que se refiere el presente inciso, en lugares distantes de abrigo,

será obligatoria la provisión de agua potable, de alimentación adecuada y elementos de higiene y seguridad.

b) Para los que tuvieran que permanecer en los lugares de trabajo a que alude el presente inciso serán exigidos alojamientos seguros e higiénicos.

**31) Locales Instalados en Sótanos:**

Se consideran como tales aquellos lugares cuyo techo esté al nivel del suelo descubierto colindante en correspondencia con todos los vanos exteriores, o aquellos locales cuyo techo sólo sobresalga del nivel un tercio de su altura. Deberán reunir las siguientes condiciones mínimas: iluminación natural o artificial en cantidad suficiente y teniendo en cuenta lo especificado en el inciso 11 del presente código. Sistema de ventilación natural o artificial que permita una adecuada renovación del ambiente. Cubaje proporcionado al número de operarios. (20 m3. por persona), calculado con una altura máxima de 3.50 mts. Pisos y paredes protegidos eficientemente contra la humedad del suelo. Altura mínima del local, 3.50 metros.

**32) Zonas Insalubres:**

Los establecimientos instalados en zonas insalubres deberán adoptar las medidas de profilaxis que aconseje la Secretaría de Salud Pública.

Art. 3.° Además de las condiciones generales exigidas por el artículo precedente, aquellos establecimientos que:

1) Por los materiales utilizados, su manipulación o sus características especiales (temperatura, humedad, etc.) puedan provocar daños en la salud de los obreros o la población, por la presencia de emanaciones, polvos, gases, líquidos o sólidos, etc., ya sea que contaminen el suelo, las aguas o la atmósfera del lugar o actúen directamente sobre las personas;

2) Por las operaciones que realicen den lugar a ruidos, trepidaciones, humos, polvos o cualquier otra característica que sea molesta para las personas o la vecindad;

3) Almacenen, manipulen o fabriquen productos en los que puedan originarse explosiones o combustiones espontáneas o proyecciones que supongan riesgos para personas o inmuebles.

Deberán ajustarse a normas que dispongan:

a) Que los polvos, humos, vapores, emanaciones o gases que por su naturaleza y concentración resulten molestos o perjudiciales para la salud, sean captados en su lugar de origen y neutralizados o evacuados de manera adecuada a medida que se produzcan, de tal modo, que su proporción en el ambiente sea siempre menor a los mínimos tolerables establecidos por los reglamentos especiales y no se difundan en la vecindad.

b) Que el poder refrigerante de la atmósfera (temperatura, humedad y movimiento del aire), medido con el katatermómetro, se mantenga en los índices adecuados en aquellos trabajos susceptibles de alterarlo. En estos casos se fijará un mínimo de P.R.K.S. 3 y de P.R.K.H. 13 (Término medio).

c) Que se provea a los trabajadores de todos los elementos que exija la índole de las tareas que realizan; guantes, máscaras, anteojos, ropas, calzados, etc., a objeto de protegerlos de la agresión de substancias cáusticas, irritantes, sensibilizantes, etc., sobre la piel, mucosas respiratorias, oculares o el resto del organismo, lo mismo que la acción de la humedad, el calor excesivo, las radiaciones luminosas o de otro tipo.

d) Que se trabaje en cámara cerrada cuando se considere necesario.

e) Que se disminuya la irradiación calórica de los focos de alta temperatura por dispositivos adecuados.

f) Que se eliminen, en lo posible, los ruidos perjudiciales o molestos para los trabajadores o la vecindad.

g) Que se adopten dispositivos aislantes para las máquinas u operaciones que produzcan trepidaciones excesivas.

h) Que se eviten las transiciones bruscas de temperaturas mediante dispositivos apropiados.

i) Que se prevengan los peligros de incendios, explosión u otras proyecciones por medio de medidas adecuadas a cada paso, ya sea irradiación, aislamiento, iluminación de tipo especial, utilización de herramientas que no produzcan chispas, o dispositivos que eviten la electrización por contacto con metales y toda otra medida al efecto.

j) Que se adopten las demás disposiciones que se estimen indispensables para preservar la salud de los trabajadores y la vecindad.

**Seguridad:**

Art. 4.º A los efectos de evitar accidentes y preservar al trabajador de los riegos, en los locales de trabajo, deberán adoptarse las siguientes medidas:

1) Todos los elevadores, cabrias, volantes y poleas, unidos directamente a un motor y las partes de toda rueda movida por fuerza mecánica, deberán estar protegidas de acuerdo a las medidas que aconseje la técnica.

2) Todas las partes peligrosas de la maquinaria, los aparatos de transmisión y las correas, deberán ser protegidas o dispuestas en forma que no ofrezcan peligros para las personas empleadas que trabajen en las fábricas.

3) Todas las partes de los generadores, motores y convertidores rotativos eléctricos, como así también todo volante relacionado a aquéllas, deberán ser protegidas de manera segura, a menos que su construcción o su posición llenara las condiciones de seguridad que hicieran innecesaria otra protección.

4) Las correas de transmisión tendrán las cajas, perchas, portacorreas o hilos de seguridad, dispuestos de la mejor manera, a los efectos de evitar accidentes a los obreros. En la máquina que lo permita se adaptará una polea libre y un pasacorreas, para ponerla inmediatamente fuera de acción en caso de accidente.

5) Las máquinas estarán separadas, como mínimo un metro, entre sus bases, y 1.50 mts. entre sus partes movibles, debiendo mantenerse dicho espacio completamente libre de obstáculos que impidan o dificulten el pasaje. Cuando haya necesidad de reducir esta distancia, deberá cerrarse el espacio que media entre las máquinas de manera que se impida el pasaje entre las mismas.

6) Los canales deberán cerrarse en todos sus trayectos, si no estuviesen aislados de otro modo.

7) Todos los reservorios fijos o pozos cuya profundidad sea mayor de 0.90 m., deberán, si ellos contienen líquidos calientes, corrosivos o tóxicos, ser cubiertos de una manera segura. Cuando por la

naturaleza del trabajo no sea posible hacerlo así se buscará otro medio a fin de prevenir la caída de los trabajadores en ellos.

8) Toda caldera de vapor, aislada o en grupo, estatará provista de:
   a) Una sopapa de cierre que separe la caldera de la cañería.
   b) Un manómetro que marque la presión del vapor.
   c) Un indicador de altura del agua.
   d) Una válvula de seguridad apropiada, con un dispositivo de alarma para casos de falta de agua.
   e) Una placa con la inscripción del tipo de la caldera, presión máxima y fecha de construcción.

Todas las partes de una caldera y su instrumental de seguridad deberán ser de construcción sólida, con materiales de calidad resistente y ser inspeccionadas y probadas por técnicos competentes, por lo menos cada dos años, dejando constancia en una placa colocada en la misma.

9) Ninguna caldera de vapor que haya quedado en desuso cierto tiempo en una fábrica podrá ponerse en funcionamiento sin previo y riguroso examen técnico y autorización por la autoridad competente.

10) Todo recipiente de vapor conectado por cañería a una caldera, deberá ser mantenido de tal manera que pueda resistir con seguridad la presión máxima normal admisible en la caldera o en la tubería.
   Será bien construído, con materiales resistentes y munido de:
   a) Una sopapa de reducción o de un dispositivo automático apropiado para que la presión que pueda resistir no sobrepase la cifra máxima normal.
   b) De una sopapa de seguridad apropiada o de un interruptor para que en caso de que aquello suceda permita el escape de vapor.
   c) De un manómetro de presión de vapor.
   d) De una placa en la que se inscribirán la fecha de fabricación y la cifra de presión máxima

aconsejable. A igual que las calderas, se inspeccionará periódicamente, dejando constancia de ello.

11) Todo recipiente de aire comprimido, conectado a un compresor o aparato similar, deberá llevar:

a) Una chapa indicadora de la presión máxima normal.

b) Un dispositivo de seguridad para cuando aquélla sobrepase la cifra normal.

c) Un indicador de presión o manómetro.

d) Una abertura cerrada que pueda abrirse en cualquier instante, a los efectos de poder efectuar su limpieza interior.

Será bien construído, con materiales resistentes y probados para resistir la presión máxima del compresor y limpiado y examinado a fondo cada dos años, por lo menos, por personal técnico competente, dejándose constancia de ello.

12) Todo gasómetro deberá ser construído con materiales de buena calidad y resistencia y por técnicos competentes. Será examinado a fondo exteriormente cada dos años, como mínimo, e interiormente cada 10 años, por lo menos, dejándose constancia de ello. Ningún gasómetro podrá ser reparado o demolido si no lo es bajo la dirección de personas con experiencia y conocimiento de las precauciones a tomar contra las explosiones e intoxicaciones por el gas. Su funcionamiento será autorizado por los organismos técnicos respectivos.

13) En todo local de trabajo en que se empleen motores existirá una comunicación entre los distintos lugares a donde llegue la transmisión y la sala del motor, ya sea por medio de portavoces, timbre eléctrico u otro aparato.

14) En las fábricas donde las maquinarias y demás instalaciones sean eléctricas, todos los cables conductores, etc., deberán estar aislados, y los motores protegidos, para que no ofrezcan peligros a los obreros.

15) Los acumuladores o transformadores deberán estar aislados y el acceso a ellos será prohibido a las personas que no estén encargadas de su manejo.

16) Donde se usen generadores que funcionen simultáneamente para la producción de luz y fuerza, en establecimientos que trabajen de noche, deberán existir medios de iluminación de emergencia en caso de que el generador no funcione.

17) En los establecimientos donde se trabajen materiales inflamables, las lámparas para la iluminación deberán estar cubiertas, quedando prohibido el uso de combustibles líquidos.

18) Los ascensores, montacargas y grúas deberán tener suficiente garantía de solidez y llevarán inscripto, en lugar visible y claro, el peso máximo que puedan soportar. Serán inspeccionados por organismos técnicos una vez cada seis meses como mínimo, dejando constancia de ello. Estarán provistos de puertas resistentes y seguras, dispositivos de seguridad, luz y todos aquellos elementos que la técnica aconseja, de acuerdo a su tipo, para la seguridad del trabajador o empleado.

19) Todos los elementos de protección previstos y ejecutados de acuerdo a las disposiciones del presente reglamento, serán sólidamente construídos y constantemente mantenidos en su lugar, a menos que la técnica aconseje que las partes protegidas deban permanecer descubiertas en algunos momentos por la índole del trabajo ejecutado, su reglaje, engrase u observación.

20) Cuando un trabajo deba ser efectuado en el interior de un compartimiento, reservorio, cuba, cañerías, pozo, fosa, chimenea u otro espacio semejante en el cual puedan producirse desprendimientos peligrosos para el trabajador, éste deberá tener salida fácil a través de un escape que permita el pasaje cómodo de cualquier hombre.

21) Ningún obrero entrará a trabajar en dichos lugares si no se han cumplido, previamente, los requisitos siguientes:

a) Evacuación de los humos o emanaciones peligrosos, por ventilación directa o indirecta.

b) Refrigeración del ambiente por ventilación, en caso necesario.

c) Provisión al obrero de máscaras apropiadas, cuando lo aconsejen las circunstancias.

d) Colocación de un cinturón de seguridad, fijo a un cable, cuyo extremo libre quede en el exterior, a cargo de un obrero competente.
e) Entrenamiento previo del personal.

22) En todo trabajo que deba realizarse en lugar elevado y con peligro de caída, se tomarán las precauciones necesarias para evitar accidentes.
23) Todas las planchadas, escaleras, pasarelas, etc., deberán ser de buena construcción y probadas previamente a su uso. Estarán provistas de barandas protectoras.
24) Mientras haya personas trabajando en el interior del local, las puertas exteriores o interiores del mismo, no podrán ser cerradas con llaves u otro medio que impida sean abiertas fácilmente desde adentro.
25) Todo local de trabajo deberá tener los elementos necesarios y el agua suficiente para combatir incendios.
26) Las puertas, ventanas o aberturas de escape para casos de incendio, se señalarán con caracteres rojos, bien visibles.
27) Los locales de trabajo de gran extensión o cuyos obreros se hallaren dispersos en varias secciones, tendrán una campana de alarma para casos de incendio, que sea fácilmente audible.
28) Ningún adolescente podrá trabajar con máquinas motrices o mecanismos de transmisión sin ser previamente instruído sobre los accidentes que ellas pueden provocar y las precauciones necesarias para evitarlos. El aprendizaje previo lo hará con una persona que posea conocimientos y experiencia sobre esa máquina.
29) En todo local de trabajo donde haya máquina movidas por fuerza mecánica, y en sus dependencias, se colocarán avisos que señalen los sitios peligrosos.
30) Todo patrono instruirá a sus operarios por medio de conferencias, folletos, affiches, carteles, etc., sobre los peligros de los trabajos de su industria y el modo de prevenirlos. Los obreros están obligados, en este caso, a conocerlos y a ponerlos en práctica.
31) Está prohibido a los menores transportar pesos que excedan de los 20 kilos.

Los adultos no cargarán pesos superiores a los 70 kilos.

Consideraciones de especulación científica y práctica, nos indican que debe dejarse una puerta abierta a las pequeñas modificaciones que, en cuanto a cifras, puedan hacerse o al agregado de nuevos artículos cuando las investigaciones en nuestro país o extranjero, puedan ampliar el alcance médico-social del mismo.

La sanción de una reglamentación de esta naturaleza es de suma importancia en estos momentos y será la guía del programa de trabajo de las futuras fábricas y talleres industriales.

Establecidas por intermedio del articulado que precede las condiciones mínimas que debe reunir un local de trabajo, se procederá al fichado y clasificación de las industrias. Se conseguirán datos que agruparán a los establecimientos de funciones semejantes.

En posesión de todos estos elementos, código, y medios científicos de comprobación, saldrán los inspectores a fin de:

1) Comprobar si se cumplen las anteriores disposiciones.
2) Asegurar la tutela sanitaria de los menores separándolos de los procedimientos industriales que puedan repercutir sobre su formación fisio-psicológica.
3) Aportar material para ser sometido al estudio de la patología del trabajo.
4) Vigilar y proteger a la embarazada en el trabajo, dando madres sanas que tengan hijos fuertes.
5) Recabar para las madres un régimen de privilegio que les permita amamantar a sus hijos.
6) Aconsejar e instruir al obrero en los principios higiénicos fundamentales.

La coordinación de funciones con las autoridades de la Secretaría de Trabajo y Previsión, estableciendo una vinculación directa que simplifique el trámite administrativo, dará por resultado un cambio total de las condiciones de trabajo en muchos establecimientos del país. Será, pues, una gran contribución a la justicia social el velar y garantizar un ambiente saludable para el trabajador.

**Ley de Bases A.º 3, Inciso 12)** Promover, organizar y fiscalizar la educación sanitaria de la población y difundir el conocimiento de las medidas de higiene.

El trabajador, como todo hombre, está sujeto a contingencias ambientales y por ello las enfermedades comunes hacen presa de él en la misma proporción, o aun mayor que en el resto de los habitantes. Este es el motivo por el cual se deben difundir los conocimientos esenciales de higiene en los ambientes de trabajo y agregar aún conocimientos especiales destinados a prevenir los riesgos y las enfermedades específicas del trabajo, es decir, las tecnopatías. La organización y la difusión de estas normas se llevarán a cabo por intermedio de la Sección Educación Sanitaria. Un equipo destinado a recorrer los locales de trabajo o los centros culturales servirá para llevar al mismo seno de producción de accidentes y enfermedades todos aquellos elementos que pudieran servir para completar la educación obrera en cuanto a la higiene general y especializada.

El código debe contemplar:

La educación sanitaria médica obligatoria por el patrono, por los sindicatos y controlada por el Estado:

La instauración del baño obligatorio y de otras medidas higiénicas al terminar las tareas, cuando las circunstancias lo exijan.

Conferencias, proyección de películas, charlas por radio, carteles estratégicamente ubicados, serán los medios para complementar esta acción.

**A° 3 Inciso 13)** Instituir y afianzar el reconocimiento médico periódico de la población del país, a fin de asegurar el diagnóstico oportuno de las enfermedades y su tratamiento, en forma precoz, continua y completa.

La aspiración de un examen periódico para el descubrimiento precoz de las enfermedades, es común a toda la ciencia médica. Por estos motivos, en el código deben existir cláusulas que establezcan:

1) Examen de ingreso al trabajo obligatorio.
2) Examen periódico de los obreros.
3) Tratamiento obligatorio de los enfermos.

Investigar y descubrir en sus comienzos es la norma de la medicina preventiva a la cual no puede escapar la Medicina del Trabajo. No son ni podrán ser los mismos medios los que utilice la Medicina Preventiva y la del Trabajo. La una, reconoce las etiologías clásicas que se vienen discutiendo hace siglos; la otra, estima como única etiología de las tecnopatías, el trabajo, influyendo sobre un organismo normal o patológico.

Siendo fines tan diferentes, aun con medios comunes, es necesaria, pues, la creación de una sección destinada a efectuar esa Medicina del Trabajo, que se denominará Policía de la Salud Obrera. Dependerá del Instituto de Higiene y Medicina del Trabajo y aportará la experiencia de esos exámenes para fijar normas de prevención e higiene.

**Art. 3.° — Inciso 14)** Organizar las estadísticas vitales de todo el país; el registro clasificador de las tablas de morbilidad y mortalidad; su publicación periódica, el estudio de la geografía médica en sus relaciones económicas y sociales, vinculadas con la salud pública y el bienestar de la población y la publicación del anuario demográfico. Participar en la elaboración del plan de los censos generales del país.

En la Medicina del Trabajo es fundamental un informe estadístico previo para conservar el carácter eminentemente científico que tiene en la actualidad. Las relaciones entre las actividades industriales y estados patológicos, únicamente surgirán de estadísticas bien llevadas. En el presente, existen ficheros que no abarcan, ni con mucho, la totalidad de las industrias ni de los trabajadores del país. Las estadísticas que resulten de ellas tienen que ser incompletas y sus conclusiones no mostrarán la realidad ni la intensidad del problema.

Para completar la acción en este sentido, el código Sanitario Nacional deberá permitir:

Solicitar los datos que crea convenientes para la confección de estadísticas a las instituciones oficiales o privadas.

Utilizar las estadísticas ya existentes de las compañías particulares que atiendan esta rama de la medicina.

A fin de obtener resultados seguros y generales que permitan la construcción de las tablas de morbilidad y mortalidad profesionales, se crea el Gran Fichero Central de la Industria y de la Salud Obrera.

**A° 3° Inciso 32)** Promover, organizar, coordinar y realizar la investigación de la atmósfera en los centros urbanos y rurales y promover la aplicación de las medidas adecuadas para su mejoramiento; la atmósfera del trabajo, en las zonas urbanas como rurales, influye grandemente en la salud del hombre. La investigación de la misma debe llevarse a cabo en los lugares donde se realizan las tareas.

El código puede legislar en esta forma:

Se contemplarán las necesidades urbanas, rurales y militares en el emplazamiento de los nuevos establecimientos fabriles.

Los planos de reformas y la aprobación de proyectos serán hechos con la intervención de la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

Esto únicamente puede solucionarse formando inspectores que, en posesión de todos los medios, investiguen científicamente, coordinando su acción con los laboratorios de Higiene Industrial para así poder dar normas que modifiquen el medio atmosférico cuando ello sea posible. Estas inspecciones periódicas a solicitud, de parte o espontáneamente, se harán por el Cuerpo Técnico de Inspectores del Trabajo.

Inciso 33. — Promover, organizar, coordinar y/o fiscalizar la evacuación y destrucción de residuos, basuras, desperdicios, aguas pluviales, servidas e industriales.

Con respecto a este inciso el código debe contemplar:

Aprobación por la Secretaría de Salud Pública de la Nación de los métodos de aprovechamiento de los residuos industriales.

La eliminación obligatoria de los residuos en los lugares de producción y su destrucción, de modo que no sea nocivo para quienes la ejecutan o para el vecindario.

Los métodos de destrucción, como asimsmo de eliminación, deberán estar sometidos a la aprobación de los organismos especializados de esta Secretaría de Salud Pública de la Nación.

**Aº 3 Inciso 36.** — Intervenir, dictaminar, y/o asesorar en todas las cuestiones vinculadas a la ingeniería sanitaria en cuyos problemas comunes y los de la Medicina del Trabajo, deben acordarse para actuar conjuntamente dando las normas esenciales para la construcción de fábricas.

El código, en este tópico, deberá prever:

Toda fábrica pedirá la aprobación de planos a la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

Toda modificación a efectuarse en fábricas ya instaladas será considerada en esta Secretaría de Salud Pública de la Nación.

Las modificaciones que puedan llevarse a cabo en las fábricas o talleres, necesitan estar bajo la vigilancia de un cuerpo técnico que conozca los problemas de orden profesional y sepa cómo resolverlos. Todo esto se contemplará en la Sección Ingeniería Sanitaria de la Secretaría Auxiliar de Medicina del Trabajo, según ya se expuso en un proyecto de reglamento de Higiene Industrial.

Inciso 39. — Orientar, organizar y/o coordinar las actividades tendientes a solucionar los problemas de la higiene y la medicina escolar, del trabajo de los menores y de la infancia abandonada.

El menor es un futuro ciudadano que formará parte del capital humano activo, e interesa conservarlo en toda su integridad y potencialidad física y espiritual. Para ello es preciso orientar al menor y educarlo en el nuevo camino que va tomando en el orden social, haciéndolo responsable, capacitándolo para su desempeño futuro.

Debe contemplarse la faz educacional y formativa del menor obrero.

Cuando el menor esté autorizado para trabajar en las mismas condiciones que el adulto, debe extremarse la vigilancia sobre el mismo.

Aº 3 Inciso 40. — Orientar y estudiar los problemas vinculados a la higiene y medicina del trabajo y promover y vigilar la aplicación de las medidas tendientes a conservar la salud de los trabajadores, prevenir los accidentes y las enfermedades profesionales.

El Código Sanitario Nacional deberá:

Organizar y reglamentar la higiene de los locales y ambientes de trabajo.

Obligar a comprobar las condiciones de salubridad por visitas periódicas.

Establecer una reglamentación adecuada a la ley 9.688 y la pronta sanción.

Considerar la fatiga obrera, estableciendo jornales especiales para los que trabajen, según la industria.

Establecer un examen que permita la selección y la orientación profesional del trabajador.

Controlar y encauzar la vida del obrero fuera de su trabajo.

El estudio de los problemas referentes al trabajo y la unificación de sus conceptos, tanto en la investigación científica como en la parte preventiva, se hará en los Institutos de Higiene y Medicina del Trabajo y en el de Accidentes del Trabajo. El primero se dedicará a la investigación y sus laboratorios estarán coordinados con las necesidades del Cuerpo de Inspectores para la ejecución de los análisis. El segundo servirá de asistencia a los que hayan sufrido algún accidente en su profesión, estando sometidos a procedimientos «standardizados» lo cual garantizará una atención eficaz, cómoda y práctica, cuyos resultados ya se pueden observar en las instituciones armadas, que ya lo han adoptado.

Inciso 41. — Promover, organizar, coordinar y fiscalizar la asistencia médica de los accidentados del trabajo y de los afectados con enfermedades profesionales, y proveer a su rehabilitación y reeducación profesional, con respecto a la cual, el código contemplará:

El obrero deberá someterse a la readaptación que lo capacite para una nueva tarea.

Los obreros que padezcan enfermedades del trabajo serán atendidos por medio de servicios especialmente dedicados. En el interior se hará —dentro de los centros urbanos— en hospitales o servicios que puedan abastecer a las necesidades de esa naturaleza, y cuyos elementos diagnósticos y recursos terapéuticos sean suficientes. En la Capital se llevarán a cabo en el Hospital Obrero que será el centro de investigación de las tecnopatías, al mismo tiempo que servirá de práctica a los médicos que se interesen por esta rama de la medicina.

La reeducación y readaptación a la vida social del obrero inválido, se hará en el Instituto de Reeducación del Inválido, provisto de todos los medios y ambientes necesarios para obtenerlas con rapidez, eficacia y baratura.

A° 3 Inciso 56. — Promover, organizar y/o proveer la formación y el perfeccionamiento de médicos higienistas, epidemiólogos y otros especializados en los problemas de la salud pública; ingenie-

ros sanitarios, laboratoristas, enfermeras, visitadoras, asistentes, dietistas y otros técnicos y auxiliares sanitarios.

El Código Sanitario permitirá:

Dictar cursos para la formación de especialistas a cargo de los organismos de la Secretaría que atiendan las ramas especializadas.

Otorgar diplomas que autoricen a ejercer a quienes hayan cumplido los requisitos del curso.

Obligar a la organización de los servicios médicos en la industria privada.

El nuevo volumen que adquiere la Medicina del Trabajo y sus ramas auxiliares, tanto en el orden social como en el médico, exige la colaboración de técnicos, especialistas y auxiliares que estudien, resuelvan y apliquen sus conocimientos en la rutina diaria. La formación, pues, del personal, será de gran importancia en esta rama. Por estos motivos, y dado que en nuestro país no existe hasta el presente la Medicina del Trabajo como especialización definida, es que se fundará la Escuela de Higiene de la Medicina del Trabajo para los médicos, y la Escuela Técnica de Inspectores Sanitarios y Visitadoras de Higiene del Trabajo.

Podrán asistir a esta escuela los ingenieros o arquitectos que quieran especializarse en las ramas de la Ingeniería Sanitaria.

El personal auxiliar, al ingresar a la escuela de especialización, deberá poseer enseñanza secundaria.

## ORDEN DE PRELACION

### AÑO 1947

**Primer trimestre:**

Poner a consideración de la C. G. T., y de la Unión Industrial Argentina el proyecto de Código de Higiene Industrial y Seguridad del Trabajo.

Simplificación del trámite en el orden administrativo.

Creación de la Sección Ingeniería Sanitaria.

Creación de la Sección Investigaciones Fisico-químicas, que funcionará en el Instituto de Química, hasta tanto se habilite el Instituto de Higiene Industrial y Medicina del Trabajo.

Provisión de material para laboratorio fijo y ambulante.

**Segundo trimestre:**

Preparación de las estadísticas para la creación del gran fichero central de la Industria y del Trabajador.

Estudio sobre la posible ejecución de un sumario médico del accidente del trabajo.

Comisión de Estudio del Hospital Obrero.

Comisión de Estudio del Instituto de Higiene Industrial y Medicina del Trabajo.

Creación del Cuerpo de 20 Inspectores.

**Tercer trimestre:**

Designación del Comité Ejecutivo para el primer Congreso de Higiene Industrial y Medicina del Trabajo.

Revisión de las enmiendas al Código propuesto en el primer trimestre y elevación para su promulgación.

Comisión de estudio para la reglamentación a la Ley 9.688.

**Cuarto trimestre:**

Comisión de Estudio para la reforma a la Ley 11.544.

Comisión de Estudio para la reforma de la Ley N.° 11.317.

Estudio de las estadísticas y conclusiones de ése año (1947).

AÑO 1948

**Primer trimestre:**

Informe de la Comisión de Estudios sobre el Hospital Obrero y elevación a la Superioridad.

Informe de la Comisión de Higiene Industrial y Medicina del Trabajo.

Memoria del año anterior.

Informe de la comisión de reforma a la Ley 9.688.

**Segundo trimestre:**

Inauguración del curso de especialistas en Medicina del Trabajo.

Informe de las comisiones de reforma a la ley N.° 11.544.

Informe de las comisiones de reforma a la ley N°. 11.317.

**Tercer trimestre:**

Creación de la Sección Higiene Obrera y Difusión Sanitaria.

Organización y creación del Gran Fichero Central de la Industria y del Trabajador.

Inauguración del Primer Congreso de Medicina del Trabajo.

**Cuarto trimestre:**

Clausura del curso de Médicos Especialistas en Medicina del Trabajo.

Creación del Museo de Medicina del Trabajo.

Comisión de Estudio sobre el trabajo en las minas.

AÑO 1949

**Primer trimestre:**

Reajuste de la organización creada.

Planificación de acuerdo a las cifras estadísticas y objetivas valorando los resultados de los años anteriores.

**Segundo trimestre:**

Elevación al Congreso de la modificación a la Ley N.° 11.544.

Elevación al Congreso de la modificación a la Ley N.° 11.317.

Comisión de Estudio de los problemas médicos del gremio forestal.

**Tercer trimestre:**

Informe de la Comisión de Estudio sobre trabajo en las minas.

Comisión de Estudio sobre la asistencia médica en las fábricas.

Inauguración del Hospital Obrero.

**Cuarto trimestre:**

Inauguración del Instituto de Higiene Industrial.

Preparación de las estadísticas.

Tablas de mortalidad .

Confección de la primera tabla Bareno argentino.

AÑO 1950

**Primer trimestre:**

Memoria del año anterior.

Designación del Comité Ejecutivo para la organización del Segundo Congreso de Medicina del Trabajo.

Informe de la Comisión de Estudio de los problemas médicos del gremio forestal.

Inauguración del Servicio Social.

**Segundo trimestre:**

Inauguración de los cursos de Médicos Especialistas.

Comisión de Estudio de los problemas sugeridos por las entidades gremiales.

Comisión de Estudio sobre los problemas de la industria alimenticia.

**Tercer trimestre:**

Inauguración del Segundo Congreso de Medicina del Trabajo.

**Cuarto trimestre:**

Clausura de los Cursos.

AÑO 1951

**Primer semestre:**

Memoria del año anterior.

Informe de la Comisión de Estudio sobre los problemas de la industria alimenticia.

Inauguración de los servicios destinados a la medicina del Trabajo. Zonas de Resistencia, Rosario, Bahía Blanca, Mendoza, Salta, Córdoba, San Carlos de Bariloche y Comodoro Rivadavia.

Reajuste de la organización para dejar perfectamente ensamblados todos los servicios pertenecientes a esta Secretaría de Medicina del Trabajo.

**Segundo semestre:**

Publicación de las tablas confeccionadas por la Sección Estadística.

Resultados obtenidos a través de la nueva organización.

## CAPITULO XXI

## *REHABILITACION DEL INVALIDO*

*Luchar contra la invalidez con instrumentos médicos y ortopédicos, pero luchar también con una ortopedia social que vaya más allá de la profilaxis de la incapacidad y del reajuste del inválido.*

Todos los médicos, en el ejercicio de su profesión, han enfrentado alguna vez el problema del inválido, pero en pocas oportunidades han percibido, en verdad, su magnitud y trascendencia social. Ante un anciano valetudinario o frente a un adulto que ha cumplido su ciclo y que se encuentra incapacitado por enfermedad o por accidente, se impone siempre un sentimiento de resignación; pero ese sentimiento no surge con igual espontaneidad cuando el inválido es un niño; un niño ciego, paralítico, sordomudo-oligofrénico, epiléptico o lisiado por traumatismos o enfermedades congénitas; en esos casos, se toca profundamente la sensibilidad humana y se presenta de inmediato la necesidad espiritual de hacer algo, de no dejar pasar la injusticia biológica.

Los médicos olvidan que muchos de esos estados de invalidez son productos de la ignorancia de los padres y, hasta no pocas veces, de la incuria de las organizaciones médicas que suelen descuidar una afección incipiente que, andando los años, se transforma en una grave deformación. Por eso todo lo que se haga en favor de una organización de la enseñanza médica con sentido social será poco para crear una conciencia de los nuevos objetivos de la medicina.

El tema de la invalidez, en el momento actual, presenta aspectos que se pueden resumir en cinco puntos:

1.°) *Los inválidos menores.* — El 6 de mayo de 1920, Alemania dictó la ley de Denuncia y Asistencia Compulsiva de Menores Inválidos. Se ha adoptado el mismo principio jurídico-social en el proyecto del Código Sanitario de la Secretaría de Salud Pública, creándose un sistema de prevención, asistencia y rehabilitación social de los menores de 18 años, sobre la base de la declaración y asistencia obligatoria. Se crea también el Registro Nacional de Menores Lisiados para asegurarles una educación física, intelectual y técnico-profesional, dentro de un régimen de internados o de ambulatorios, es decir de asistencia cerrada o abierta según lo que convenga a cada caso.

2.º) *La invalidez obrera.* — El 10 % de los obreros argentinos sufren de una invalidez precoz y entran por desgracia, demasiado prematuramente en la pasiva. Se puede calcular que, dentro de la clase obrera, existen 280.000 inválidos por afecciones clínicas que tendrán que acogerse a los beneficios de la jubilación. Felizmente —y por iniciativa del Excmo. Sr. Presidente de la Nación, cuando éste se hallaba al frente de la Secretaría de Trabajo— se desarrollaron dos instrumentos de asistencia de inválidos; uno social, las Cajas de Invalidez y otro sanitario, la Medicina Preventiva. Las Cajas de invalidez comprendían hasta hace dos años a 600.000 obreros y empleados, pero con la creación de las Cajas de Empleados de Comercio y de la Industria, se ha elevado el número de beneficiarios a la enorme cifra de 2.800.000. El Decreto-Ley de la Medicina Preventiva y Curativa, dictado el 15 de noviembre de 1944, permitirá crear en el país centros de catastros y de asistencia a los inválidos potenciales, que son aquellos que llevan una enfermedad activa pero oculta. El sistema de diagnóstico precoz y de tratamiento correlativo beneficiará a 600.000 obreros, sin que tengan que abandonar su trabajo, porque reciben un subsidio importante, que equivale al sueldo íntegro durante seis meses, a fin de que el enfermo se someta a la hospitalización adecuada. Ya se ha iniciado, de común acuerdo con el Instituto Nacional de Previsión, la inversión de una partida anual procedente del 5 % de las entradas de las Cajas de ese Instituto, lo cual representa no menos de 50.000.000 de pesos al año, que se invertirán en medicina preventiva y asistencia médica correlativa. Conviene destacar estas cifras porque ellas traducen los resultados de un principio que se enunció en la 1.ª Conferencia del Bienestar del Invalido hace dos años, cuando este «desideratum» parecía imposible de alcanzar.

3.º) El tercer aspecto de la invalidez es el que deriva de los *accidentes de trabajo,* los cuales originan mil quinientos muertos al año (1.500), doscientos mil (200.000) heridos que reclaman indemnización y un millar de inválidos totales (1000). Tal es el saldo de dolor y miseria que deja anualmente la industria y el trabajo, amparados por la Ley N.º 9688.

La Ley N.º 9688, dictada en 1915, ha envejecido. Desgraciadamente sólo subsidia e indemniza al inválido y, en cambio, no subsidia la invalidez que deja con vida, ni subsidia las viudas y los huérfanos del accidentado y, lo que es peor, ni siquiera esboza los principios más elementales de la profilaxis del accidente. En el plan de Salud Pública figura el Instituto de Traumatología con sus respectivos centros subsidiarios que se extenderán por todo el país para abordar de una vez por todas la asistencia integral del traumatizado. La Cámara Gremial del Instituto de Previsión So-

cial, por otra parte, está preparando ya el proyecto de ampliación de las prestaciones de la Ley N.° 9688.

4.°) Nos queda el cuarto aspecto de la invalidez, que para denominarlo de alguna manera, le llamaremos la *invalidez por causa fortuita*. Nos referimos a las 10.000 muertes violentas y a los 150.000 heridos que se producen fuera del medio industrial y del trabajo, es decir, en el tránsito, en los lugares públicos o en el hogar. Este capítulo demográfico tiene tanta importancia, que ocupa el sexto lugar entre las causas de muerte, invalidez o enfermedad. Mata, enferma o invalida diez veces más que la apendicitis y representa la cuarta parte del valor demográfico de las cardiopatías, que son las que ocupan el primer término en las estadísticas.

5.°) Quedaría un quinto grupo de inválidos que no están adscriptos a ninguno de nuestros sistemas de seguro. Nos referimos a las enfermedades crónicas que incapacitan poco a poco a nuestra población. Para tener una idea aproximada de lo que significa este problema, basta realizar un cálculo sobre la base de índices obtenidos en Estados Unidos en el año 1937. En este momento hay en la Argentina las siguientes cantidades de enfermos crónicos que fatalmente gravitan sobre la capacidad de producción de nuestro país: 685.000 reumáticos; 370.000 cardiópatas; 370.000 arterioescleróticos e hipertensos; 345.000 afectos de bronquitis crónicas, asma o estados alérgicos; 210.000 afectados de hernia; 200.000 hemorroidarios; 175.000 con venas en estado varicoso; 155.000 renales o con albuminaria; 145.000 enfermos mentales y neurópatas; 120.000 con trastornos tiróideos; 115.000 afectos de sinusitis y afecciones de garganta, nariz y oído; 93.000 afectos de cáncer y otros tumores; 72.000 mujeres con enfermedades crónicas propias de su sexo; 68.000 tuberculosos con lesiones comprobables radiológicamente; 66.000 diabéticos; 64.000 afectados del hígado y vías biliares; 33.000 ulcerosos de estómago y duodeno; 27.000 enfermos graves de la piel; 24.000 con francos estados anémicos; 17.000 con apendicitis crónica; 15.000 con afecciones de los ojos y 10.000 con afecciones crónicas y progresivas del oído.

Estas cifras demuestran que, dentro de la población que consideramos sana, existen miles de enfermos crónicos, que soportan su enfermedad en aparente estado de salud y que constituye una caudalosa fuente de incapacidades y de futuras invalideces. Por otra parte, sólo por excepción, estos enfermos crónicos permanecen en un hospital general que se reserva para agudos o para enfermos graves. En todo el país sólo se dispone de un hospital para crónicos. Son las mil camas que, dependientes de la Municipalidad, se encuentran en el Hospital Colonia Martín Rodríguez, de Ituzaingó.

Con estas cifras destacamos el nuevo planteo de la ciencia médica, cuyo centro de gravedad fué hace cuarenta años la lucha contra las enfermedades infecciosas y contagiosas, pero que, en el momento actual, se desplaza hacia el problema de las enfermedades crónicas, portables en salud y que incapacitan e invalidan a individuos aun útiles a su familia y a la sociedad.

La consideración del problema del inválido, tomado el concepto en su más amplio aspecto jurídico y social y desde el punto de vista médico, no sólo en el restrictivo sentido de la incapacidad somática o de locomoción, sino también en la inaparente o visceral, brinda la oportunidad de reiterar una vez más a todos los médicos del país, que es necesario que la medicina cambie sus objetivos, dejando al margen el caso individual para examinar los grandes grupos de afecciones que descapitalizan nuestro potencial humano. No hay que olvidar que el enfermo es un ser humano, no un caso clínico, una curiosidad científica o un problema exclusivamente médico. La enfermedad es una abstracción, un concepto más o menos esquemático que, en virtud de la formación cientificista del médico, suele confundirse con el enfermo mismo. Cuando se piensa demasiado en la enfermedad se subestima al enfermo, se trata a la primera y se descuida al segundo. El hombre sano o enfermo en función de la sociedad, es el objetivo trascendente de la medicina contemporánea. Ese hombre es un ser que vive en familia, que tiene mal o bien una vivienda y un hogar, que concurre a sitios de distracción, que trabaja y produce o desea producir más, que configura en su espíritu aspiraciones justas, ambiciones pequeñas o desmedidas, que anhela recibir el fruto compensatorio de su trabajo, que siente, sufre y goza de alegrías sencillas, estados de ánimo que en conjunto le crean un ambiente psicológico y social, que no es otro que el propio mundo interior. Cuando llega la enfermedad, ésta no sólo perturba el funcionamiento de los órganos, sino también todo ese conjunto de esfuerzos acumulados y de sacrificios que, por lo general, se viene abajo estrepitosamente. Si el médico sólo ve la enfermedad, si sólo indaga el órgano enfermo, corre el riesgo de pasar por alto ese mundo, ese pequeño mundo que envuelve al individuo como algo imponderable, como una delicada red, tejida de sueños y esperanzas. Mientras los profesionales del arte de curar sigan viendo enfermedades y olviden al enfermo como unidad psicológica y social, serán simples zapateros remendones de la personalidad humana.

Establecido este principio general, se advierte que al inválido no sólo hay que proporcionarle elementos de curación, sino también ese cúmulo de hechos y circunstancias que integran la vida de un hombre, todo ese complejo psicológico y social sin el cual no sería un ser humano, sino un ente convencional y muerto para

su familia y para la sociedad que lo acoge en su seno. Se podrá restituirle la salud, hasta la lozanía si se quiere, pero, sin lo otro, además de un lisiado del cuerpo, tendríamos un inválido del espíritu.

No puede lucharse contra la invalidez con instrumentos médicos y ortopédicos exclusivamente. Hay que desarrollar en el inválido una voluntad consciente, capaz de superar los impedimentos físicos y morales. Sin esa orientación profunda, la ortopedia y la cirugía no tendrían más valor que el de un arte limitado e intrascendente. Porque hay una ortopedía social que va mucho más allá en la profilaxis de la incapacidad y en el reajuste de los inválidos y que tiene un sentido hondamente cristiano de fe, esperanza y caridad.

Existió en nuestro país un gran precursor que vió en los lisiados a los hombres más que a los enfermos. Nos referimos al malogrado profesor Guillermo Bosch Arana, cuyas concepciones quirúrgicas de las prótesis cineplásticas son ya adquisiciones clásicas del arte y de la ciencia médica. Desgraciadamente, la cirugía de Bosch Arana es muy cara y no puede costearla el enfermo pobre; por eso un filántropo argentino donó a Francia el Hospital Santa Elisabeth, que costó 10 millones de francos, para que se aplicaran allí los principios y técnicas de Bosch Arana. Esperamos aún al argentino que, con idéntico gesto, regale a los inválidos argentinos un hospital como el Santa Elisabeth de París.

El sentimiento caritativo, como punto de partida de la asistencia médica, se dirigió al principio a atender las necesidades vitales del asistido, es decir, a organizar una *asistencia paliativa*, sin remontarse a investigar las causas de cada situación. Al introducirse el concepto y las leyes de la atención de los enfermos como servicio público desde la Revolución Francesa, el mundo conoció la *asistencia restitutiva*, es decir, aquella que se propone retrotraer el organismo a su situación inicial antes de la enfermedad, sin pretender hacer del necesitado otra cosa que lo que era cuando entró en estado de necesidad.

Pero esta doctrina es, en la hora actual, insuficiente. Por ejemplo, si se cura un tuberculoso y luego se lo devuelve a su oficio y al medio social donde se enfermó, es como si se lo volviera a entregar a las garras del mal del que escapó por milagro, pues al poco tiempo lo tendremos de vuelta. De ese modo, los mejores sanatorios y hospitales y los más costosos tratamientos son casi superfluos. Está probado que un 50% de los tuberculosos curados y que vuelven a su medio original, retornan al cabo de un tiempo con una recaída. Con este ejemplo se comprende por qué la *asistencia restitutiva* fracasa, ya que al resolver un problema se plantea otro tan grave como el primero, lo que podría expresarse grá-

ficamente con el refrán inglés que dice: «pretendemos alimentar al perro con su propia cola».

Se llega así al nuevo concepto, a la nueva doctrina integral, que es la de la *asistencia recuperativa o reconstructiva*. No se trata solamente de sacar a flote al inválido, sino de arrimarlo también a la orilla para ponerlo a salvo de una recaída. La *asistencia recuperativa* atiende los dos factores: el hombre y el medio. Al hombre lo cura y le brinda los recursos para que pueda transformarse en un nuevo ser. Al lisiado le ofrece una prótesis para que recupere sus posibilidades de trabajo, lo reeduca o le enseña un nuevo oficio, pero al mismo tiempo, le crea un mercado para su trabajo. Ofrecerle un medio de trabajo no es difícil; lo difícil es darle la posibilidad de que pueda emplear su trabajo.

Por este motivo la asistencia integral del inválido sólo es posible estableciendo una protección jurídica —como se ha hecho en otros países—, en virtud de la cual, por ley especial, se obliga a que el 2% de las plazas de la administración pública y de las industrias privadas, sean ocupadas por inválidos recuperados.

## Exposición de motivos

La creación de un organismo, especialmente destinado a obtener el mejoramiento y la modificación de la posición social que actualmente ocupan los lisiados, es el corolario de la Ley 9688.

Fué Belisario Roldán quien entonces fundamentara un proyecto que pareció para la época de un acentuado corte socialista.

Tendía a beneficiar a cerca de 200.000 obreros de la industria que se hallaban prácticamente sin amparo ante el fantasma de la invalidez y la miseria ocasionadas por los accidentes de trabajo.

En aquel tiempo, el obrero que se accidentaba, y que, con justicia aspiraba a una lógica indemnización, se veía ante la disyuntiva de tener que iniciar contra el patrono una acción judicial y se colocaba ante la larga y costosa perspectiva de pleitear contra él mismo, cosa en que ni se animaba a pensar.

En esa oportunidad citó Roldán una frase de Bismarck que decía que «nada exacerba tanto la protesta de abajo como la inacción de arriba», y encaró valientemente el concepto del riesgo profesional diciendo: «Desde que la industria ha sustituído la máquina humana por la de acero, la fuerza inteligente y responsable por la fuerza ciega e irresponsable, el trabajo en el taller por el trabajo aislado, todo ha cambiado, y al dominio de la libertad ha sucedido el del riesgo. El problema que antes fué jurídico es ahora económico y social».

Citó también a Wright, que en aquella época describía la impresionante magnitud que adquiría en Chicago la famosa ma-

nifestación del 1.° de mayo y decía que «aquellas muchedumbres lanzadas primero en el camino tranquilo de la protesta, fueron exacerbándose hasta llegar a la desesperación y cómo en el fondo de aquella masa humana fué lentamente surgiendo el penacho rojo de todas las locuras y todas las venganzas».

Cuando su inolvidable verbo hubo terminado de pintar ese cuadro, cerró su discurso con una frase que, cuarenta y cinco años más tarde, no ha perdido su actualidad: «Todo aquello pudo evitarse porque todo aquello pudo preverse».

Sin embargo, esa ley que pareció constituir el desiderátum del problema para entonces, hoy no lo es.

Lisiado no solamente es el obrero que en su trabajo pierde por un accidente un órgano o una función. Lisiados son también los niños afectados de ceguera, sordomudez, epilepsia, parálisis infantil, enfermedades deformantes, etc.

Estos niños, con el correr del tiempo, también se verán imposibilitados para poder vivir de su propio esfuerzo.

El mecanismo productor de esta incapacidad será distinto de la otra, la accidental; pero el resultado final es un inválido que, poco preparado en su moral y a la deriva en el medio en que vive, fincará todas sus esperanzas en la dádiva, el subsidio o en acciones morales al margen del Código Penal.

¿Qué se ha hecho en nuestro país para remediar este mal? Desgraciadamente, hasta el presente, poco o nada.

Sin embargo, el Congreso Nacional del Trabajo celebrado en Buenos Aires en el año 1931, aprobó la siguiente recomendación:

a) Creación de museos de trabajo.

b) La propaganda oral y mural.

c) Fomentar la instalación de institutos particulares.

d) El estudio especial de prevención de accidentes en los institutos públicos y privados.

e) La conveniencia de crear institutos de reeducación profesional de obreros accidentados.

Si volvemos nuestra atención a lo que espera a un obrero accidentado de cierta gravedad o a un lisiado, veremos que:

*a)* Reanuda su trabajo con el mediano o grande déficit orgánico que le ocasiona su incapacidad o su poca destreza por la pérdida de la habilidad automática a causa del tiempo transcurrido en su inacción.

A veces recupera esa anterior habilidad, porque la naturaleza, sabia por sobre todo, rige la acción con una ley biológica de sustitución funcional. Por ejemplo, un dedo suple al que falta, la pinza del índice substituye la acción de los otros dedos amputados, la mano izquierda

aprende nuevos movimientos que antes eran ejecutados por la mano derecha, un sentido se hipertrofia y tiende a suplir el perdido, pero todo lo hace el hombre solo empíricamente, aguzando su ingenio ayudado por la ley biológica.

*b)* Sólo espera el subsidio oficial o privado, dádiva que humilla el sentimiento y anula la acción.

Sin embargo, este cuadro sombrío puede aclararse. Un elemental sentimiento de solidaridad social nos demuestra que la utilidad y el daño de cada individuo deben ser considerados como un beneficio o un perjuicio para todos. Y como decía Ingenieros, la verdadera biofilaxis, es decir, el conjunto de reacciones destinadas a la protección de los seres vivos, debe ser una verdadera institución social, exponente de la mentalidad social, desempeñando una acción protectora en la vida de los agregados sociales.

Verdadera biofilaxia, orientación, reeducación y secundariamente indemnizaciones en dinero que poco contribuyen a solucionar el problema, es la manera en que se encara y soluciona, por las distintas secciones que tiene, el proyecto del instituto a crear.

La valorización de un déficit orgánico y su equivalencia en una suma de dinero nos parecerá frío, injusto y anacrónico.

Lo humano, lo lógico es substituir el concepto de invalidez por el más cristiano y psicológico de *rehabilitación.*

### Asistencia social a los lisiados

La Secretaría de Salud Pública, con la creación del *Instituto de Rehabilitación del Inválido,* llevará a la práctica el postulado que dice: «La salud es el primer patrimonio de los habitantes de la Nación, velando así por el porvenir de millares de lisiados».

Paralelamente a ello persigue la realización de las siguientes finalidades:

1.° Llevar a la práctica el conocido principio: «*The Wright Man In The Wright Place*», colocar a cada uno en el lugar de trabajo que le corresponde mediante el principio de selección y orientación.

2.° Prevención de los accidentes del trabajo, creando la conciencia colectiva, ya que los accidentes no se producen porque sí, sino que pueden ser evitados y tienen una causa. Constituye esto la profilaxis del accidente.

3º. Recuperación de inválidos y, a diferencia de lo que sucede hasta el presente, en presencia de un inválido, cualquiera que él sea, el instituto lo estudia psíquica y funcionalmente, y lo orienta hacia una nueva actividad que le permite ganarse la vida, aliviando así la miseria y el abandono que hasta hoy se han cernido sobre los lisiados de cualquier etiología.

Lo reeduca, vela por su futuro y lo entrega a la sociedad, dando cumplimiento con ello al verdadero *espíritu de la ley,* hasta ahora ausente.

La estadística habla elocuentemente del alcance de la invalidez dentro de la población general del país y, especialmente, dentro de los menores de 18 años. El censo de Alemania del año 1925 daba un índice de lisiación general de 67,6 por cada 10.000 habitantes, vale decir, correspondiendo a todas las edades y sexos afectados con una limitación marcada en su capacidad de trabajo. Este índice nos dice que en la República contamos en la actualidad con más de 100.000 inválidos que viven en pasividad o a cuenta de la población normal y muchas veces arrastrando su existencia, mendigando una limosna a la caridad pública.

Que esa cifra no es exagerada se comprueba con sólo pensar que, dentro del gremio ferroviario, hay actualmente subsidiadas como inválidas 11.000 personas y ello tan sólo dentro de una población de 140.000 personas que trabajan. Las cifras de invalidez reconocidas por las leyes que amparan a la población obrera del Plan de Previsión Social, se aproximan ya a un 10 % en la relación existente entre los inválidos por enfermedad y los afiliados a una Caja; ello quiere decir que, para una población obrera de 2.800.000 afiliados a ese Instituto, puede estimarse en breve plazo como 280.000 el número de inválidos tan sólo en los medios de trabajo, cifra ésta que indica que el índice dado más arriba para Alemania es de un tercio de lo real.

Bernard D. Karpinos, estadístico del U. S. Public Health Service, encuentra en 1940 que 1.844.600 hombres censados tenían en EE. UU. una alteración de tipo ortopédico, de los cuales 208.500 estaban totalmente inválidos y 1.636.100 con desvalidez parcial. Y agrega que hay 759.000 mujeres, con 132.500 y 626.500, respectivamente. En total, se dan para aquel país 2.603.000 inválidos. Cada año se agregan 94.440 casos nuevos, de los cuales 65.260 son hombres y 29.180 mujeres. (Public Health Reports, Octubre 22 de 1943).

Siendo nuestra población un décimo de la de EE. UU. podemos decir que contamos con 260.000 inválidos, y cada año se agregan 9.400 nuevos. Demás está decir que en EE. UU., a raíz de la causa de lisiación que sufría el presidente Roosevelt,

se dió gran impulso a estas obras de asistencia y se hizo un censo especial dedicado a la infancia; producto de esa preocupación es la Ley Nacional de Seguridad Social que ampara a toda la población inválida, esté o no adscripta al seguro.

En la infancia, una investigación hecha por Warren H. Gardern, presidente de la American Society Ford the Hard of Hearing, encuentra, sobre un total de 4.000.000 de escolares examinados con audiometría, que el 5 % del total tiene un marcado defecto dé audición, y que el 1 ½ % tiene un oído fuertemente perturbado (California's Health, Octubre 15/43).

Señalamos otra estadística interesante de aquel país:

**CAUSAS DE INVALIDEZ**

**(U. S. Public Health Service 1935)**

**Encuesta de 81 ciudades de los EE. UU. y sobre 2.308.588 personas examinadas**

| **TIPO DE INVALIDEZ** | **Lisiaciones por 1.000 pers.** | |
|---|---|---|
| **Total de causas (excluídos ojos)** .......... | | 19.53 |
| **Pérdida de miembros** (mutilaciones) | | |
| Dedos de manos .......................... | 5.35 | |
| Dedos de pies .......................... | 0.47 | |
| Mano o antebrazo .......................... | 0.54 | |
| Pies o piernas .......................... | 0.94 | 7.30 |
| **Miembros deformados,** etc. | | |
| Pies o piernas .......................... | 5.90 | |
| Manos o miembros superiores ............. | 1.65 | |
| Parte del cuerpo .......................... | 1.69 | |
| Columna vertebral .......................... | 1.33 | |
| Dedos de manos .......................... | 0.91 | |
| Dedos de pies .......................... | 0.09 | |
| No especificado .......................... | 0.66 | 12.23 |
| **Ojos** | | |
| Tuertos .......................... | 3.25 | |
| Ciegos .......................... | 0.82 | 4.07 |

En la República Argentina se han producido, desde el año 1931 a 1935, 81.325 accidentes con una población obrera de 450.000 personas. Esto da una proporción aproximada del 25 % de accidentados, y si hacemos la comparación con las horas de trabajo realizadas llegamos a la siguiente conclusión: *que en nuestro país se producen 222 accidentes diarios, es decir un accidente cada 6 minutos, 57 segundos y un accidente mortal, cada once horas.* El

porciento exacto sería para el año 1934 de un 19 %, y para 1935 de un 21 %.

Por otra parte, igualmente se ha producido desde 1930 hasta 1940 casi 1.000.000 de accidentes que han costado $ 142.000.000.

El resultado final de estas cifras es que actualmente el Estado subsidia a 5.000 personas con pensiones de $ 50, $ 100 y $ 150 mensuales , lo que ocasiona un desembolso público de $ 398.700 por mes. Esta cantidad de dinero la entrega actualmente la Dirección General de Asistencia Social.

Como se ve, no hay uniformidad en materia de apreciar la invalidez dentro de una población normal, porque ello varía de acuerdo a las clases sociales que se tomen y al criterio con que se clasifiquen. De cualquier manera, es un problema de un alcance social generalmente poco apreciado, porque esta población desvalida se diluye dentro de una población normal.

Dentro de la asistencia compulsiva de los menores, es Alemania el primer país que marca una pauta en la materia. El 6 de mayo de 1920 se dictó para aquel país la Ley de Denuncia Obligatoria de los Menores Desvalidos y su tratamiento compulsivo. Esta Ley dice en su texto lo siguiente:

«Artículo 1.º — Queda a cargo de las provincias el cuidado cura y tratamiento de las siguientes afecciones: Mentales, idiotas, epilépticos, sordomudos, ciegos y lisiados en general. Esta asistencia deberá hacerse en instituciones especializadas y deberá tender a rehabilitar especialmente a los menores de 18 años.

« Art. 2.º — Los menores de 18 años, que para el tratamiento de su lisiación no necesiten ser internados en establecimientos adecuados, quedarán indistintamente bajo la vigilancia de los estados o municipios. El Departamento de la Juventud velará por el cumplimiento de esa Ley.

«Art. 3.º — El médico que en el ejercicio de su profesión advierta una lisiación en un menor de 18 años, deberá denunciarlo dentro del mes de su conocimiento, elevando esa denuncia con los antecedentes personales y médicos del causante. El médico y la partera que asistan a un recién nacido están obligados al examen del mismo y a su denuncia en caso de lisiación. La contravención a ello será penada con una multa de 150 R. M. o cuatro semanas de prisión.

«Art. 4.º — Los maestros que en el ejercicio de su trabajo adviertan una lisiación en sus alumnos, deberán también formular su denuncia.

«Art. 5.º — Los médicos y las personas que cuidan enfermos y advierten en menores de 18 años síntomas de lisiación, están obligados a su denuncia.

«Art. 6.º — Se obliga a crear en cada ciudad o distritos provinciales un **Centro de Lisiados**, destinado a la orientación y tratamiento de los lisiados.

«Art. 7.º — Se entiende legalmente por lisiado a toda persona afectada congénitamente de alteraciones de los huesos, articulaciones, músculos, nervios o mutilados de todo un miembro o parte del mismo y que produzca una limitación para las funciones del trabajo».

Hemos transcripto esta Ley por ser la primera en la materia y por la gran experiencia que diera al mundo, lo cual nos obliga a citarla con frecuencia. Esa Ley fué completada con otras destinadas a la tutela del lisiado ya adulto, cual es la del 12 de enero de 1923, titulada *«Ocupación de los Mutilados Graves»*, la cual les da derechos especiales para la obtención de trabajo. Se agregan a estas leyes, las similares de Prusia de 1924, de Turingia de 1936, de Brunswick de 1922, de Anhalt de 1925, y la de Sajonia del 19 de mayo de 1921 sobre «Enfermeras para lisiados».

Desde 1920 fué grande la actividad en Alemania para darles capacidad social de trabajo a los menores inválidos. Se complementaba esta Ley con la actividad ya existente en el *Seguro de Invalidez* de los obreros adultos, que dispone la compulsión al tratamiento de los recursos recuperables, y de los cuales aquel país tenía desde 1933, 16.000 camas de hospitales tan sólo para los inválidos obreros, y para éstos en materia de tuberculosis, disponían dichas *Cajas* en pequeños establecimientos, de 106 sanatorios. Podemos decir que la asistencia social de los inválidos era uno de los grandes pilares de la civilización sanitaria de Alemania. En el censo efectuado por la *Unión de Ciudades de Alemania*, hecho en el año 1925 y que comprende 169 ciudades con un total de 22.000.000 de habitantes, encuentran que el 42,6 % del total de lisiados de aquel país, estaba en un tratamiento médico y social de recuperación, y señalan que el tratamiento ambulatorio era tres veces mayor que el de los internados.

Si de estas cifras de carácter general pasamos a algunas específicas, veremos la importancia de algunos tipos de invalidez. *El Censo Nacional* de 1924 (tomo 4.º, pág. 197) da la siguiente cantidad de inválidos englobados:

| | |
|---|---|
| Ciegos ........................ | 6.857 |
| Sordomudos ..................... | 7.798 |
| Enfermos ...................... | 88.866 |

Dado el aumento de población producido desde 1914 a nuestros días, puede calcularse la siguiente población inválida:

| Tipo de invalidez | Total en la República |
|---|---|
| Ciegos: (coeficiente alemán: 5 por 10.000 h.) ......... | 9.000 |
| Sordomudos » » 10 » 10.000 ») ......... | 12.000 |
| Inválidos físicos » » 68 » 10.000 ») ......... | 95.200 |
| Inválidos mentales » » 37 » 10.000 ») ......... | 51.800 |
| Total ............... | 168.000 |

Como vemos, el índice de lisiados dado en Alemania, 67,6 por 10.000 hab. de población para 1925, se eleva, tomando sus mismos índices parciales, a una tasa de 115 por 10.000 hab. dentro de la población normal del país.

Las estadísticas prueban que: «dentro de los lisiados permanentes, graves o livianos, totales o parciales, la cuarta parte de ellos son de nacimiento o adquiridos dentro de los primeros cinco años (parálisis infantil), y otra mitad proveniente del campo del trabajo, ya por accidentes o por enfermedad específica. Dentro de los primeros 20 años de edad, el 32% de los lisiados son de nacimiento, un 22,1 % por parálisis infantil, un 11,6 % por tuberculosis, un 10,6 % por accidentes y 9,2 % por raquitismo».

La recuperación de la invalidez, y en especial, en los menores, debe hacerse por causas individuales y sociales. Como causa social podemos invocar, en primer término, que en nuestro país aun vale la frase: «Gobernar es poblar», y todo lo que tenga una tendencia pobladora debe ser fomentada. Volver al campo del trabajo parte de esos cientos de miles de lisiados para transformarlos de entes sociales pasivos en organismos activos de la producción, tiene un valor económico que, traducido en cifras, significa que todo lo que se gaste en recuperar será redituado con creces, y que la asistencia social de los desválidos puede pagarse por sí misma.

Tanto es verdad esto, que el eminente higienista de Berlín, Hesse, afirma que el 70 % de los lisiados puede evitarse o recuperarse, y que el trabajo hecho por las Cajas de Invalidez de aquel país, consigue volver al campo del trabajo hasta el 25 % de los ya dados por inútiles.

Felizmente, en nuestro país el Decreto Ley de Medicina Preventiva y Curativa N.° 30.656/34 del 15 de noviembre de 1944, permitirá abordar el campo del trabajo y extender los beneficios de la profilaxis y de la recuperación para cerca de 3.000.000 de obreros y empleados que hay en la República, y se espera en corto plazo dar por inauguradas las tareas de Catastro Sanitario para 1.000.000 de éstos dentro del radio de la Capital y alrededores, y disponer, además, de 49 centros de Catastro en el interior en dependencia de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, que cuentan con consultorio y Rayos X.

Pero necesitamos cerrar la fuente de la invalidez temprana que llega al campo obrero trayendo lesiones irreparables desde la juventud. Más del 30 % de los argentinos en edad de hacer la conscripción es rechazado por tener ya causas médicas que lo invalidan, cifra ésta que llega a más del 50 % en las zonas pobres del país.

Mucha es la invalidez que el trabajo produce, agravada por la mala alimentación y la mala vivienda; pero mucha es la inva-

lidez que se prepara desde la juventud como lo prueba la conscripción.

Si pudiéramos cada año tomar los rechazados para el servicio militar y les impusiéramos como una obligación legal hacer un año de tratamiento recuperándolos para un trabajo adecuado a sus condiciones y aun mejorándoles sus aptitudes, habríamos cerrado para el invalidismo obrero una de las grandes causas de pasividad con que después van a cargar las cifras de nuestro seguro social.

El gran higienista alemán Biesalsky, iniciador de esta obra en aquel país, y cuyo recuerdo hoy es venerado por la medicina social, repetía que «la experiencia de Alemania demuestra lo que importa dispensar esta asistencia social al joven lisiado, pues los éxitos de la educación y el tratamiento en el adulto suelen llegar, sin excepción, demasiado tarde».

Si grande es, pues, la importancia pública y social de atender a los lisiados, no menor es la personal y privada. La experiencia enseña que todos los tarados tienen un complejo de inferioridad que los hace automáticamente antisociales. Se vive en un ambiente inadecuado, en el que hay una verdadera desconsideración para con ellos, y desde niños se acostumbran a sentirse despreciados en su desvalidez. De esta infancia se reclutan los futuros limosneros profesionales, y gran parte de los débiles mentales se incorporan al campo de la delicuencia; la doctrina de la irresponsabilidad se asienta justamente en la incapacidad de ellos para discernir. Hasta por razones de seguridad social se impone atender a los desvalidos jóvenes.

La estadística hecha en 1909 para Alemania por Biesalsky al frente de la Unión Alemana para el Servicio de los Lisiados, encontró que sobre un total de 98.263 lisiados menores de 15 años examinados, el 60 % necesitaba internarse para su readaptación. Muchos de ellos eran pasibles de operaciones ortopédicas sencillas; otros tenían que internarse por estar lejos de sus domicilios rurales. Esto demuestra que habrá que ir formulando un plan de asistencia progresiva, adaptado al país entero, y que tendrá que hacerse por lógica en una acción conjunta de la Secretaría de Salud Pública de la Nación y el Consejo Nacional de Educación: aquélla, dispensando sus médicos, ésta con sus locales y material pedagógico para que no quede un solo rincón del solar patrio con un argentino inválido sin tratamiento.

Mientras no se creen talleres especiales que sean al mismo tiempo escuelas primarias y secundarias, debemos iniciar nuestros esfuerzos en materia técnica y profesional utilizando los establecimientos industriales de la Nación y demás dependencias públicas como la mejor escuela para enseñanza, sobre todo en aquellos que pueden ambular y ser pasibles de su asistencia abierta.

No deseamos ampliar estos fundamentos con mayores antecedentes que por ciertos nos llevaría muy lejos; las obras sociales que se inspiran en los dictados de la moral cristiana tienen su mejor fundamento en su sola enunciación. Toda obra de esta naturaleza lleva siempre dentro de sí el mejor impulso que la desarrolla, y si no, véase el caso de Biesalsky, que inicia antes de 1910 su lucha en este terreno, y se permite decir en 1926 que ya Alemania contaba con 78 Casas para Lisiados con más de 10.000 camas en total, vale decir, el doble de las que tenía en 1914.

Nuestra hora nos impone el deber de hacer la profilaxis de la lisiación. Ella se hará, en primer término, levantando un censo de inválidos menores, para lo cual podrían utilizarse las 70.000 maestras que tiene en ejercicio nuestro país; y una vez conocido el alcance del mal, planear las obras asistenciales. En algunos aspectos infantiles ya se ha iniciado, tales como la lucha contra la ceguera hecha por los médicos oculistas de nuestro país, y sobre todo, la oftalmía del recién nacido. Se agrega a esto la recuperación de ciegos y sordomudos, habiéndose creado escuelas y ligas en los medios urbanos más importantes.

Pero, ni ello alcanza a todo el país ni están los padres obligados a ese tratamiento, que algunas veces es imposible efectuar en los distantes distritos rurales argentinos.

Casi diríamos que en esta materia aun está todo por hacerse. Deberá proveer nuestra ley la subsidiación de instituciones de caridad que puedan tomar este trabajo social. Del total de 10.000 camas de que disponía Alemania en 1926 en 78 instituciones para lisiados, 9.297 pertenecían a instituciones privadas de tipo religioso y el resto a organismos oficiales. Nunca será bien retribuído todo el esfuerzo que la iniciativa privada puede realizar, sobre todo, cuando se obra con la fe de quien sirve una gran causa.

## Servicios Médicos

El Instituto de Rehabilitación de Inválidos extenderá su acción a todos los lisiados del país, sea cual fuere la causa de su lisiación:

a) *Lisiados menores y adultos:* Estos serán atendidos en la Sección Asistencia Social cuando niños, en donde encontrarán especial atención. Allí se preocuparán de ello asegurándoles una educación moral, física, intelectual y técnico-profesional dentro de un régimen de internado o de asistencia ambulatoria cerrada o abierta. Su tutela terminará cuando su capacitación funcional los haga acreedores a una ubicación en un empleo nacional, repartición autárquica o industria civil.

b) *Lisiados por accidentes de trabajo:* Estos accidentados serán vigilados por el Instituto desde el momento de la producción del accidente y dentro del plazo previsto por la Ley.

Posteriormente serán objeto de todas las medidas tendientes a su rehabilitación y ubicación dentro de la sociedad.

Estas funciones, que por sus distintas secciones constituyen la razón específica del mismo, abarcan todo el territorio de la Nación al instalar tres organismos similares en su estructura, pero diferentes tan sólo en su capacidad, con su centralización directriz dentro o en el organismo a funcionar en la Capital Federal. En esta forma existirá permanentemente una similitud de métodos y un mismo espíritu de coordinación y trabajo.

Los lugares previstos para ello, en coordinación con lo resuelto por la Dirección General de Defensa Anti-Aérea Pasiva que ha estudiado muy especialmente el problema del inválido de guerra, son los siguientes:

*1.º Capital Federal:*

Dentro del perímetro de la Capital Federal será ubicado el Instituto Directriz con una capacidad de 500 camas. Alcanzará a prestar sus servicios a toda la zona federal y al perímetro circundante de la misma, zona intensamente fabril y densamente poblada. Es conveniente recordar que en los 192 km². de la Capital Federal, se encuentra el 41 % del total industrial del país.

*2.º Córdoba:*

El segundo instituto se instalará en la provincia de Córdoba y tendrá una capacidad de 100 camas.

Las razones de esta ubicación son las siguientes:

a) Hallarse en el centro geográfico del país.

b) Poseer abundantes vías de comunicación

c) Abarcar en su influencia zonas densamente pobladas como Rosario, Paraná, Resistencia y Mendoza.

d) Previsión, ya que en el futuro serán esas ciudades grandes emporios industriales.

e) Encontrarse cerca de grandes zonas de evacuación.

f) Por ser una ciudad de turismo se puede contar con gran número de camas y habitaciones en el caso de tener que transformarla en un centro de rehabilitación de inválidos de otros tipos.

g) Aprovechamiento de sus condiciones climatológicas en los casos en que se requiera un clima serrano.

*3.º Mar del Plata:*

El tercer instituto se intalará en Mar del Plata y tendrá una capacidad de 100 camas. Las razones de su ubicación son las siguientes:

*a)* Poder extender su zona de influencia a todo el sur de la República, que si bien actualmente se halla poco poblado, ha de ser con seguridad el gran centro fabril del futuro.

*b)* Poseer esa ciudad una enorme cifra de camas y habitaciones, por ser la primer ciudad turista de Sud América.

*c)* Posibilidades de que esa ciudad pudiera ser declarada *ciudad abierta*.

*d)* Facilidad de vías de comunicación, especialmente el mar.

*e)* Aprovechamiento de sus condiciones climatológicas en los casos en que se requiera un clima marítimo.

CONSTITUCION DE UN INSTITUTO

Los institutos a crear serán similares entre sí en cuanto a los servicios con que contarán. Diferirán solamente en cuanto al número de camas. Sintéticamente, los servicios serán los siguientes:

*1.º Sección Medicina:*

*a)* Servicio de Cirugía, de urgencia, reparadora, modificadora.
*b)* Laboratorio clínico.
*c)* Consultorio de Radiología.
*d)* » » Incapacidades e Indemnizaciones
*e)* » » Piel y Urinarias.
*f)* » » Oftalmología.
*g)* » » Otorinolaringología.
*h)* » » Neutropsiquiatría.
*i)* » » Clínica General.
*j)* » » Odontología.

*2. Sección Psicología:*

*a)* Laboratorio Psicológico completo.
*b)* Escuela Primaria, aplicación pedagógica.
*c)* » de Habilidad Manual.
*d)* Talleres de Educación Física-Deportes.

*3.º Sección Prótesis:*

*a)* Taller de prótesis Ortopédica.
*b)* Mecanoterapia.
*c)* Enseñanza del uso de la Prótesis.
*d)* Técnica Industrial, fabricación de elementos de trabajo.

*4.° Sección Seguros Contra Accidentes de Trabajo:*

*a)* Gerencia de Seguros.
*b)* Contaduría.
*c)* Tesorería.
*d)* Liquidación de siniestros.
*e)* Emisión de pólizas.
*f)* Asuntos Legales.

*5.° Sección Propaganda de Previsión:*

*a)* Propanganda oral.
*b)* Propaganda escrita.
*c)* Propaganda en fábricas.
*d)* Propaganda en escuelas primarias, propiciando una enseñanza que eleve el nivel moral de los lisiados.
*e)* Propaganda en escuelas técnicas.
*f)* Radiotelefonía y Cinematógrafo.

*6.° Sección Registro Nacional de Lisiados:*

*a)* El censo actual de lisiados, que funciona en la Dirección Nacional de Asistencia social, pasará a depender del Instituto. Se encargará de la confección de las fichas médicas y sociales de los lisiados y hará constar cuantos elementos de juicio sean necesarios para una mejor utilización posterior. Mantendrá estrecho contacto con el Consejo Nacional de Educación y consejos provinciales.

## Mecanismo del funcionamiento del instituto

El mecanismo interno, en lo que a rehabilitación de inválidos se refiere, será similar para todos en cuanto a su finalidad última. Variará, eso sí, frente a cada caso clínico. En lo que a lisiados ocasionados por accidentes de trabajo se relaciona, éstos llenarán las siguientes formalidades:

El accidentado concurrirá al Instituto a los pocos días de producido el accidente a objeto de que se le confeccione la ficha médica. En ese momento será informado por una persona de suficiente cultura y que pertenece a la Sección Propaganda, de los fines altamente humanos que el Instituto persigue. Se le obsequiará con un prospecto o folleto, lo suficientemente claro e ilustrado, que habrá confeccionado la Sección Propaganda, por el cual se entera del nuevo concepto con que allí se encaran los accidentes del trabajo. Este concepto humano y finalista, ausente hasta hoy en nuestras leyes, coincidirá con el pensar oculto de aquellos que siempre esperaron una solución a su desgracia.

No ignoramos, pues hemos palpitado durante años el sentir de los lesionados del trabajo, el inmenso resultado de una propaganda bien encaminada. La psicología del obrero lesionado es suma-

mente original. Es una mezcla de dolor, de resentimiento indefinido y de esperanzas reivindicatorias. No obstante, el conformismo con su desgracia les llega poco a poco.

La propaganda, la persuación y el ejemplo despertarán en él el interés por descubrir raíces de antiguas vocaciones, comprobando con ello la posibilidad de bastarse a sí mismo.

Debemos señalar en este momento un principio básico y capital. «El reeducar inválidos es un problema caro». De acuerdo con ello manifestamos que, desde el mismo momento del ingreso de un lesionado accidental al Instituto, comienza a percibir una beca diaria de $ 1.50.

Ingresará entonces a la Escuela de Habilidad Manual donde permanecerá dos meses, para pasar luego al taller que haya elegido y donde su permanencia será de cuatro meses, completando en esta forma un ciclo de seis meses improrrogables.

Cuando el obrero ingresa al taller que ha elegido, comienza a cobrar un jornal que se agrega a su beca de trabajo, jornal variable para cada uno de los cuatro grados y cuatro categorías en los que se divide la enseñanza de cada oficio. Cuando el obrero ingresa al taller lo hace al primer grado de la primera categoría, percibiendo un jornal de $ 0.10 la hora, lo que agregado a su beca de $ 1.50, hace un total de $ 2.30 por día.

A medida que el lisiado, en su reeducación, va venciendo las dificultades crecientes que se le presentan, asciende de categoría y de grado, hasta alcanzar al final de su aprendizaje, el cuarto grado de la cuarta categoría.

Este ascenso se produce cuando el maestro del taller considera que el reeducado ha llenado todos los requisitos de la categoría. Propone entonces por planillas su ascenso a la categoría inmediata superior, donde percibe un jornal de $ 0,05, superior al anterior. En esta forma el lisiado puede llegar en la escala creciente de dificultades al último puesto de la cuarta categoría en el que recibe una remuneración de $ 0.85 la hora, lo cual agregado a la beca hace un jornal de $ 8.30.

En esta forma metódica y controlada científicamente, ya que no se realiza ningún trabajo en ninguna categoría sin que previamente se haya confeccionado un plan de costo y tiempo mínimo, el obrero se ha ido apercibiendo que todo su trabajo ha sido *finalista*, es decir, que cada objeto o cada trabajo por él hecho, ha tenido siempre un valor comercial y ha sido destinado a prestar un servicio de *utilidad práctica*.

Es posible que no todos los lisiados alcancen este grado superior de capacidad profesional, pero es igualmente innegable, que *seis meses de* continuo aprendizaje, paralelo a una enseñanza intensiva, lograrán que muy pocos dejen de alcanzar el *cuarto grado* de la *segunda categoría*.

En ella recibirán un jornal de $ 0.50 la hora, lo que totaliza $ 4 diarios. Evidentemente, es difícil la vida con ese jornal, pero no olvidemos que se trata de un lisiado que, con el antiguo sistema, no encontraba trabajo remunerado en ninguna parte, y que poco a poco, hubiese caído en la mendicidad.

Este sistema de *Becas de Trabajo y Jornales Progresivos* es, a nuestro juicio, un método emulativo insubstituible y de resultados sorprendentes.

La comparación con otros y el afán de sobresalir en el ambiente de trabajo y optimismo que imperará en el Instituto, hará que sean muy pocos los que se conformen con llegar a ese grado.

En los casos en que, por insalvables deficiencias anatómicas o intelectuales, no se pueda conseguir un grado más adelantado de habilidad adquirida, el Instituto lo proveerá en el momento en que el reeducado lo abandone, de un *Certificado de Aptitud Adquirida*, que en todos los casos acreditará su habilidad y el grado de la misma, es decir, la clase de obrero que es dentro del mercado normal de trabajo.

La Sección Subsidios, relacionada íntimamente con la Sección Censo, contemplará en cada caso, la posibilidad de completar un salario compatible con la *mínima necesidad vital.*

Este *certificado oficial de aptitud* constituirá así un verdadero *Documento Oficial*, que será prontamente conocido y cotizado en el ambiente de trabajo.

Finalizada esta explicación que consideramos fundamental, y continuando con la descripción del mecanismo del Instituto, diremos que:

a) Esta formalidad incluiría, por ahora solamente, a aquellos obreros accidentados en los cuales el médico tratante constate y deduzca «a priori», que han de quedar con alguna incapacidad. En los casos dudosos, los accidentados concurrirán igualmente al instituto.

b) Cuando a criterio del médico tratante, un lisiado por accidente deba ser dado de alta, aquél concurrirá, juntamente con el obrero, a la Sección Medicina, al consultorio de Incapacidades e Indemnizaciones, provisto de todos los elementos de juicio que puedan ilustrar el criterio del perito médico oficial y del médico de la Secretaría de Trabajo y Previsión.

c) Cuando se estime conveniente, el lisiado en tratamiento podrá ser revisado por el médico oficial, ya sea en el Instituto o donde se encontrare. Esta vigilancia durante el tratamiento será realizada de común acuerdo entre ambas partes.

d) Los obreros accidentados, en los cuales clínicamente se deduzca «a priori» que quedarán *sin ninguna* incapacidad

para el trabajo, concurrirán para ser dados de alta a la Sección Traumatología.

e) Todas las denuncias sobre *Hernia accidente* serán *indefectiblemente* fichadas, reconocidas y diagnosticadas en el Consultorio de Incapacidades e Indemnizaciones del Instituto.

f) Cuando el médico tratante constate en el primer examen que sigue al accidente la existencia de lesiones antiguas que deban ser descartadas como ajenas y anteriores al accidente denunciado, procederá a documentar, en forma incontrovertible, esas lesiones, y concurrirá al Instituto, a la Sección correspondiente *con o sin* el obrero, a fin de fichar los antecedentes del mismo, debiendo concurrir el accidentado cuando su estado se lo permita.

En los casos en que el obrero no pueda concurrir en el primer momento, será reconocido por un médico del Instituto en el lugar que se hallare habitando. En esta forma será sumamente fácil y sencillo descartar antiguas lesiones, cosas que muchas veces se hacen sumamente difíciles si se deja transcurrir dos o tres meses después del accidente. Este sistema servirá para abreviar el trámite posterior, practicándose nuevas radiografías en los casos en que realmente se necesiten.

g) Concurrirá diariamente a la consulta que se realiza en el Instituto, un médico de la Secretaría de Trabajo y Previsión, a objeto de patrocinar a todos los obreros que se presenten.

h) En los casos en que el dictamen final de un accidentado lo incapacite permanentemente, se labrará el acta en la cual se fija la indemnización que le corresponde. En ese momento, si los médicos reunidos en junta opinan que un tratamiento de reeducación puede beneficiar el futuro del obrero, se le sugieren a él las conveniencias de someterse al mismo, siendo entonces la Sección Administración la que se encargará de los trámites posteriores.

i) Provisto de su ficha completa y terminada con los últimos datos del Consultorio de Indemnizaciones y *sin perjuicio de la suma de dinero que debe cobrar,* pasará el obrero a la Sección Psicología, donde el Laboratorio procederá a su estudio completo en cuanto a su psiquismo se refiere y confeccionará su *perfil psicotécnico.*

Se hará diagnóstico de *aptitud profesional remanente* y se lo dirigirá a la Escuela de Habilidad Manual.

REEDUCACION PSICO-FUNCIONAL

La sola enunciación del presente capítulo asocia la indestructible unión que debe existir entre la reeducación y la mente.

En este caso, orientación vocacional e investigación de las posibilidades remanentes en los lisiados de los dos tipos, accidentales y somáticos viscerales.

Al convertirse la psicología en un ramo especial de las ciencias naturales biológicas, tuvo que concentrar su especial esfuerzo en la acumulación de hechos concretos convertidos en objetos inmediatos de su estudio.

Como todas las ciencias naturales, la psicología realiza esta tarea por medio de la observación y también, como las otras disciplinas, ajusta su observación con la provocación planeada de los hechos a observar, vale decir, introduce la experimentación como procedimiento metódico auxiliar destinado a ordenar y facilitar la propia tarea observadora.

El empleo de la experimentación implica la necesidad de la creación de Laboratorios de Psicología, esto es, de un marco objetivo que se convierta en ambiente y material auxiliar de la observación.

La observación psicológica posee sus características específicas que la distinguen de la observación ejercida en otras ramas de la ciencia natural, como, por ejemplo, la física o la fisiología.

Dadas pues las características especiales del fenómeno psicológico, el investigador que procede a una experiencia psicológica no puede olvidar los preceptos siguientes:

1) Reducción de cada problema vasto a sus componentes funcionales simples.
2) Experimentación unida a una observación minuciosa de los hechos provocados y bien delimitados.
3) Proyección de las observaciones recogidas en sentido de comprobar la correlación de los resultados de la experimentación con el funcionamiento de otros procesos psíquicos no sometidos a la experimentación directa.

Cada experiencia se emprende siempre para resolver un problema. Para resolver cualquier problema es necesario encontrar una respuesta desconocida para el que plantea el problema, operando con datos que él conoce.

Formalmente encarado, es una solución de una ecuación con algunos datos conocidos y uno desconocido.

Cuando, por lo tanto, resolvemos un problema experimental, parte de este problema debe sernos conocida antes de construir la propia experiencia.

En un laboratorio de psicología existe siempre la necesidad de provocar una reacción psíquica por estímulo excitante que aplicamos a la persona sometida a la experiencia.

Ahora bien: para poder sacar provecho científico de una realización experimental, es absolutamente necesario conocer de antemano uno de los dos factores experimentales, excitante o reacción. Se pueden así dividir las experiencias en dos grupos: primero, experiencias de excitante previamente conocido y, segundo, experiencias con reacción previamente conocida.

La interpretación a estudiar se dirigirá directamente a la palabra, a la acción o a la expresión orgánica del investigado.

**METODOS EXPERIMENTALES**

| PUNTO DE VISTA PSICOLOGICO | | | | PUNTO DE VISTA TECNICO | |
|---|---|---|---|---|---|
| El proceso psíquico predeterminado | El excitante predeterminado | | | Método cuantitativo | Método cualitativo |
| Recep. | Juicio | Ejecuc. | Expresión | | |
| | | | | Psicofísica | |
| | | | | Psico Cronometría | |
| | | | | Psicodinámica | |
| | | | | Estadística | |
| | | | | | Introspección |
| | | | | | Extrospección |

Como vemos, el cuadro transcripto evidencia todas las clases de experimentos psicológicos que se pueden organizar de acuerdo con las exigencias metodológicas y científicas.

Claro está que una experiencia no siempre puede definirse por los resultados de la misma, pues muchas veces admite varias interpretaciones y múltiples criterios técnicos o psicológicos.

Organizando un laboratorio de psicología destinado a la provocación de los hechos a investigar y a la facilitación de su observación, tenemos, en la primera tarea, condiciones análogas a otros laboratorios de ciencias naturales.

El que emprende cualquier experiencia en este dominio debe siempre conocer y tener escalonadas las medidas destinadas a provocar el fenómeno que pretende estudiar.

En un laboratorio de Psicología se alcanzan estos medios por la construcción de una serie de aparatos convertidos en excitantes objetivos y los propios hechos se transforman entonces en reacciones de esos excitantes.

De tal modo, el primer grupo de aparatos de cada laboratorio estará compuesto por aquellos dispositivos de carácter físico, que le sirven, o como estímulos directos para el estudio de la sensibilidad sensorial o se convierten en marco físico constante de presentación de otros excitantes cuyo papel va más allá del simple estímulo físico, siendo entonces destinados a convertirse en reacciones representativas, asociativas, mnemónicas, perceptivas o interpretativas. Este último grupo de aparatos físicos lo denominamos expositivo, entrando en él, además, la constante referencia a los datos temporales de duración de lo expuesto.

Los cronómetros y cronógrafos constituyen un nuevo renglón en el Laboratorio de Psicología, convertidos en medidores de la propia duración de la reacción psíquica o en medidores de los intervalos temporales necesarios para que aparezca una reacción después que fué aplicado el excitante (latencia, cronaxia, tiempo de reacción, etc.).

Terminada la aplicación, empieza a surgir una dificultad peculiar a la observación psicológica, que ya difiere del trabajo de laboratorio en otras ciencias naturales.

Los efectos de una reacción en física o química son directamente captables por el experimentador.

No es así en psicología. Como ya hemos mencionado anteriormente, el proceso psíquico de la persona sometida a la experiencia es revelado al experimentador por lo que el sujeto dice, hace o por lo que se produce en su organismo.

Importa, por lo tanto, poder registrar estos tres fenómenos o manifestaciones de los concomitantes objetivos que acompañan los hechos psíquicos.

La palabra debe ser protocolizada minuciosamente, a veces taquigráficamente.

Además, entran en uso los fonógrafos registradores. La mímica puede ser cinematografiada.

Otras reacciones orgánicas están registradas en el grado del acceso que podemos tener al funcionamiento fisiológico del organismo sin llegar a lesionarlo.

En el laboratorio podemos registrar reacciones cardíacas por electrocardiogramas o registrar neumáticamente movimientos del corazón (cardiógrafo).

Podemos controlar la circulación por la medida cambiante del volumen de las regiones del cuerpo (pletismografía); podemos registrar los gráficos del pulso o de la respiración (esfimografía, neumografía).

Podemos registrar oscilaciones en las funciones de secreción sudorífica o de los cambios de potencial eléctrico y de resistencia a una corriente exosomática (fenómenos psicoeléctricos revelados por galvanómetros y electrómetros).

Es claro que el número y el género de reacciones fisiológicas registrables no se agota con nuestra enumeración. Cada progreso técnico alcanzado por la fisiología podrá, de inmediato, encontrar en el laboratorio de psicología su aplicación.

En resumen:

a) Un conjunto de aparatos físicos, suficientes para investigación del sensorio y apto a convertirse en marco físico constante de los excitantes destinados a provocar reacciones intelectuales afectivas o activas.

b) Un grupo de aparatos expositivos con análoga finalidad.

c) Un grupo de relojes, cronómetros y cronógrafos, que nos permitan registrar directamente o protocolizar pequeñas duraciones de tiempo.

d) Un grupo de aparatos registradores, tanto unidos a los exploradores de reacciones fisiológicas como aplicables al registro directo o indirecto de las reacciones activas o motoras.

A estos grupos fundamentales podemos agregar las pruebas más o menos escalonadas y adaptadas para exploración de una determinada función.

La elección de estas pruebas queda subordinada a las finalidades especializadas de un determinado laboratorio, en este caso *Orientación Vocacional e Investigación de las Posibilidades Remanentes en los Lisiados* de los dos tipos; accidentales y somáticos viscerales.

Simultáneamente, el laboratorio deberá realizar un estudio de los distintos oficios, cuya enseñanza se impartirá en el Instituto. De él se desprenderá cuáles son las condiciones mínimas y necesarias para el desempeño en los mismos, y en esa forma se irá documentando la futura finalidad de seleccionar y orientar.

Por el momento, averiguará las posibilidades de los mutilados del trabajo; después podrá hacerlo en sujetos sanos, cumpliendo el «desiderátum» de inclinar a los aspirantes hacia el oficio o profesión, para la cual halla el complemento necesario en su aptitud.

Iremos descubriendo en el candidato las correlaciones interfuncionales y las variantes de dichas funciones, condiciones básicas para un diagnóstico de certeza.

Al examinar varios, se irán estableciendo las diferencias y en esa forma se podrán ir formando criterios que se utilizarán en el futuro.

ESCUELA DE HABILIDAD MANUAL

Es un concepto muy generalizado suponer que un obrero lisiado o un lisiado visceral, por el hecho de tener una capacidad muy disminuída, *no puede trabajar más;* ellos mismos llegan, poco a poco, a considerarse inválidos y creen que solamente sirven para elementales menesteres.

La verdad es otra, sin embargo. Estadísticas verídicas afirman que el 70% de los considerados incapaces totales, no lo son en realidad y pueden, de efectuarse en ellos modificaciones orgánicas, intelectuales y afectivas, transfomarse en seres optimistas y útiles para el futuro. Si exceptuamos los grandes amputados de ambas extremidades superiores, todos los demás *no han perdido por completo todas sus funciones;* siempre son poseedores de *algo* que, convenientemente dirigido, puede hacer salir de su condición de inválido a su poseedor.

De no suceder eso, el inválido a quien la ley ha otorgado el auxilio monetario, que por otra parte ya ha gastado, seguirá con su invalidez el resto de su vida, agravada por el desconsuelo, el rencor y la desesperanza.

Sacarlo de esa situación de inferioridad, es el fin primordial del Instituto de Rehabilitación.

Para conseguir esto, es por lo que, previamente al ingreso a los talleres especializados y anexo al laboratorio de psicología, se ha proyectado esta Escuela de Habilidad Manual que tratará de aprovechar todas las energías del motor oculto en la función de vida de cada lisiado, emulando su voluntad, enseñándole y ayudando a vencer poco a poco dificultades que parecían insalvables hasta poder conseguir un elevado concepto de su propio valer.

Saber aprovechar la fuerza de ese motor humano recogiendo la energía eferente, dirigir la voluntad y la acción, he ahí el secreto del éxito del Instituto de Rehabilitación.

Por otra parte, cualquier edad es buena para aprender, siempre que exista voluntad convenientemente dirigida.

Se descarta el prejuicio tan extendido de que existe una edad para el aprendizaje. Con una enseñanza científicamente dirigida y socialmente humanizada, el éxito es seguro aunque se tengan 40 ó 50 años. Como ejemplo, la enseñanza Braylie para ciegos nos da la razón.

El fundamento de trabajo de la Escuela de Habilidad Manual se basa en la *creación de hábitos,* es decir, automatismos educados y en el aprovechamiento de la correlación funcional entre órganos y aparatos.

Divide su enseñanza en tres secciones, una que trabaja cartón, otra madera y otra hierro.

Si se ha enseñado a un lisiado a trabajar elementalmente material cartón, se ha enseñado a realizar una asociación «mano, medida, vista», y esta asociación faculta para apreciar y juzgar una línea, un ángulo, un espesor o una forma; y si se ha logrado realizarla en cartón, lo que se ha adquirido es una *habilidad cerebral* y su correspondiente *sinergia manual.*

Si nosotros cambiamos el material y la herramienta, el obrero no varía, como no varía tampoco su anterior sinergia manual.

Ahora bien; con muy poca dificultad sobreagregada, ese obrero podrá realizar en madera lo que ha hecho en cartón; y de la misma manera podrá llegar a efectuarlo en hierro.

Lo que ha cambiado es el material y la herramienta, lo que no ha variado es la energía pensante del movimiento: *el hombre.*

Es así que en tiempos mínimos se consiguen obreros habilísimos que pueden competir con éxito con otros empíricos de muchos años de práctica.

Los trabajos que se realicen en esa Escuela serán siempre *finalistas,* y la enseñanza, más práctica que teórica, intercalará asuntos diferentes para combatir el factor negativo del trabajo monótono.

La asistencia a esos talleres será de *cuatro meses* al cabo de los cuales pasarán los lisiados reeducados a continuar su aprendizaje especializado a los distintos talleres del Instituto, de acuerdo a su vocación y aptitud adquirida.

TALLERES DE RECUPERACION

Poseerá el Instituto un mínimum de *doce talleres* de enseñanza de profesiones u oficios. En esos talleres la enseñanza será impartida por un maestro que vigilará y clasificará los trabajos

realizados de acuerdo a normas previamente establecidas (planos, costos, tiempos mínimos).

La asistencia a esos talleres será de *cuatro meses* al cabo de los cuales el lisiado abandonará *indefectiblemente* el Instituto, provisto de un certificado que atestigüe su capacidad de trabajo en su nueva habilidad.

Estos talleres serán de *dos categorías*, aquellos en los cuales *no es necesario* más que un mínimum de caudal intelectual, y aquellos otros en los cuales se precisa una cierta posibilidad de juicio, raciocinio y crítica.

Para ambos, el futuro estará asegurado, y si hacemos abstracción de los amputados de ambos miembros superiores, todos los demás lisiados podrán iniciarse en alguna actividad, ya que todos ellos han sido provistos de elementos de trabajo, · prótesis, mangos de herramientas apropiados o todo aquello que les fuera menester, resuelto esto en plena connivencia entre el cirujano, el psicólogo, el ortopedista y el maestro de taller.

Se dará especial importancia igualmente a aquellas actividades lucrativas que, como la jardinería y la apicultura, deben practicarse al aire libre.

#### EDUCACION FISICA

Casi resulta superfluo decir que se le dispensará una preferente atención a la educación física, paralelamente a la intelectual y moral.

Como medida higiénica, como terapéutica del cuerpo y del espíritu y como entretenimiento, el deporte pasará a ocupar el lugar que le corresponde y su acción será de incalculable valor.

La natación, en especial, la practicarán todos aquellos que convenientemente dirigidos puedan beneficiarse.

### Servicio de Prótesis

#### TALLER DE PROTESIS ORTOPEDICA

La creación de este taller es de primordial importancia.

Sus funciones serán las de proveer de miembros ortopédicos a los amputados que se reeduquen en el Instituto y a todos aquellos lisiados que recurran a los servicios del mismo, si es que hubiera lugar.

Los beneficios que este taller reportará son incalculables, y es muy posible que en poco tiempo su existencia tenga extraordinaria difusión.

Una vez determinado el tipo de prótesis que el lisiado necesita, mientras se la confecciona, éste ingresa a la Escuela de Habilidad Manual con el objeto de no desperdiciar su tiempo. Si se calcula que pueden transcurrir tres meses hasta que un lisiado se adapte a un miembro artificial sin que éste le ocasione trastornos, está demás decir que en ese tiempo habrá podido aprender los rudimentos de otro oficio o perfeccionar el que tiene, inteligentemente dirigido por maestros especializados.

Tendrá el taller de prótesis toda clase de elementos para fabricar, no solamente aquellas prótesis indispensables, sino también toda otra clase de elementos de seguridad indispensables al obrero sano en su trabajo (previsión).

Es así que se confeccionarán corregidores de pie plano, aparatos de contención, anteojos protectores, mascarillas para polvos y esmeriles, guantes de amianto y cuero, polainas y delantales protectores, botines especiales, elementos de contención de fracturas, y lo que es más importante aún, toda clase de *mangos de herramientas,* mangos que serán adaptativos e intercambiables, personales para cada inválido de mano de acuerdo a la forma y elementos anatómicos que haya conservado. Estos mangos, convenientemente numerados, podrán ser provistos siempre para cada obrero, una vez que éste abandone el Instituto reintegrándose al trabajo productivo de la vida civil.

Igualmente con los elementos que este taller poseerá, se podrá fabricar en él gran parte de los elementos necesarios constitutivos del Laboratorio de Psicología y todos los aparatos de Mecanoterapia indispensables en el Instituto y en los que se inauguren en el futuro. Con ello trataríamos de llegar al ideal de la Alemania de 1926, año en que contaba con 78 instituciones para lisiados.

## Seguros contra accidentes del trabajo

Desde el momento que un obrero sufre un accidente en el trabajo se transforma en una carga para la sociedad.

*Ya no produce.* — El ritmo de trabajo se resiente con su inacción, su falta perturba el funcionamiento del lugar del trabajo, y si el accidente es grave, queda fuera del mismo una persona útil y cuyo rendimiento se estimaba.

Los patronos para cumplir con la Ley que les exigía que desde el mismo momento del accidente el obrero percibiera medio jornal sin trabajar, recurrieron a *alguien* que respaldara ese *riesgo profesional.*

Aparecieron entonces las compañías privadas de seguros que se encargaron de subrogar este riesgo.

Estas compañías protegen hoy monetariamente contra el riesgo de casi todas las industrias. *Téngase presente que se ha dicho las industrias y no los obreros.*

Desgraciadamente, este sistema, universal por otra parte, que lo reduce todo a dinero, ha sido hasta el presente la única solución aparente de este delicado problema.

Infinitos inconvenientes ha producido siempre este único sistema, millares de pleitos se inician diariamente, y si en nuestro país se ha adelantado mucho con los nuevos trámites del *Fuero del Trabajo,* el problema del lisiado, fin obligado o fantasma permanente de cada obrero, moverá siempre a éste en el sentido de tratar de aumentar la transitoria indemnización.

Todo seguirá igual mientras no se instituya el principio básico de substituir *la indemnización monetaria* por la rehabilitación funcional.

Sin el menor espíritu de crítica, tratemos de analizar los defectos que este primitivo sistema tiene.

Tenemos la certeza de que, para las diferentes compañías aseguradoras, el renglón «Accidentes de Trabajo», *no es un renglón de lucro,* antes bien, les ocasiona pérdidas, y si en verdad todas ellas lo practican, lo hacen solamente porque la competencia las obliga a ello. Es, si se quiere, un renglón de propaganda que les permite poder realizar negocios más lucrativos.

Por consecuencia, siendo el seguro un negocio y debiendo responder a sus inflexibles principios comerciales, no es de extrañar que la atención médico-quirúrgica de los accidentados adolezca de ciertas fallas.

Ellas son bien conocidas por los obreros accidentados que en muchas ocasiones no ocultan su aversión de ser tratados por los servicios médicos de esas dependencias, prefiriendo hacerlo en los Servicios Hospitalarios y muchas veces por su propia cuenta.

Influyen en este fenómeno dos factores:

1.° El estado mental tan especial del accidentado, sensibilizado por el «shock» traumático, y agravado por la profunda perturbación afectiva que no le permite analizar, interpolando entonces el rencor a la visión de un incierto porvenir.

2.° Las mínimas tarifas que la competencia ha fijado para la atención médica y quirúrgica de los accidentados.

Estamos en condiciones de afirmar que una compañía, L. R. y Cía., que engloba otras seis compañías subsidiarias, a pesar de

abonar anualmente una cifra superior a *un millón* de pesos en concepto de gastos totales por accidentes de trabajo, tiene asignada la siguiente tarifa para la atención de sus lesionados:

| | | |
|---|---|---|
| Por la atención médica completa hasta su curación de un accidentado ambulatorio ............................ | $ 12.— | |
| Por su internación diaria ............ | » 6.— | |
| Por una radiografía .................. | » 12.— | a $ 16.— |

Al que conozca, aunque sea de oídas, lo que significa la atención médico-quirúrgica de un accidentado, no le queda más recurso que admirarse que por $ 12 pueda llevarse hasta su completa curación una herida desgarrada de mano, tratarse con éxito una fractura expuesta de la pierna.

La competencia comercial, causante directa de esta sordidez, hace que muchas veces los resultados finales de esta atención médica no sean todo lo brillantes que fuera de esperar.

No obstante se debe rendir homenaje a la sobrehumana dedicación y a las relevantes condiciones técnicas de la mayoría de los facultativos actuantes. Y el final de todo ello es, por desgracia, incapacidades, funciones perdidas, rencores injustos y la consiguiente repercusión en la producción y en la economía.

Pero no se ha terminado todo aún: queda por resolver, en una junta de peritos antagónicos en sus directivas, ya que unos representan al Estado y otros al patrón, «cuánto es lo que vale en dinero» el órgano perdido, la función perturbada o la capacidad disminuída.

| Categoría | Premios Mínimos | Hasta 10.000 | Hasta 20.000 | Hasta 30.000 | Hasta 40.000 | Hasta 50.000 | Hasta 75 000 | Hasta 100.000 | Hasta 150.000 | Hasta 200.000 | Hasta 250.000 | Más de 250.000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 50.— | 4.75 | 4.45 | 4.25 | 4.— | 3.80 | 3.65 | 3.50 | 3.45 | 3.35 | 3.30 | 3.20 |
| B | 50.— | 7.95 | 7.40 | 7.05 | 6.65 | 6.35 | 6.10 | 5.85 | 5.70 | 5.55 | 5.45 | 5.30 |
| C | 50.— | 9.55 | 8.90 | 8.45 | 7.95 | 7.65 | 7.30 | 7.— | 6.85 | 6.70 | 6.50 | 6.35 |
| D | 50.— | 11.15 | 10.40 | 9.85 | 9.30 | 8.90 | 8.55 | 8.15 | 8.— | 7.80 | 7.65 | 7.40 |
| E | 50.— | 12.70 | 11.85 | 11.25 | 10.60 | 10.20 | 9.75 | 9.35 | 9.10 | 8.90 | 8.70 | 8.50 |
| F | 50.— | 15.90 | 14.85 | 14.05 | 13.25 | 12.70 | 12.20 | 11.65 | 11.40 | 11.15 | 10.85 | 10.60 |
| G | 57.30 | 19.10 | 17.80 | 16.85 | 15.90 | 15.25 | 14.65 | 14.— | 13.65 | 13.35 | 13.05 | 12.70 |
| H | 71.55 | 23.85 | 22.25 | 21.10 | 19.90 | 18.30 | 17.50 | 17.10 | 16.70 | 16.30 | 16.20 | 15.90 |
| I | 85.80 | 28.60 | 26.70 | 25.30 | 23.85 | 22.90 | 21.95 | 21.— | 20.50 | 20.05 | 19.55 | 19.10 |
| J | 95.40 | 31.80 | 29.70 | 28.10 | 26.50 | 25.45 | 24.40 | 23.50 | 22.80 | 22.25 | 21.75 | 21.20 |
| K | 119.25 | 39.75 | 37.10 | 35.15 | 33.15 | 31.80 | 30.50 | 29.15 | 28.50 | 27.85 | 27.20 | 26.50 |
| L | 143.10 | 47.70 | 44.50 | 42.15 | 39.75 | 38.15 | 36.55 | 35.— | 34.20 | 33.40 | 32.60 | 31.80 |
| M | 166.95 | 55.65 | 51.95 | 49.20 | 46.40 | 44.50 | 42.65 | 40.80 | 39.90 | 38.95 | 38.05 | 37.10 |
| N | 190.80 | 63.60 | 59.35 | 56.20 | 53.— | 50.90 | 48.75 | 46.65 | 45.60 | 44.50 | 43.45 | 42.40 |
| Ñ | 214.65 | 71.55 | 66.80 | 63.25 | 59.65 | 57.25 | 54.85 | 52.45 | 51.30 | 50.10 | 48.90 | 47.70 |
| O | 238.50 | 79.50 | 74.20 | 70.25 | 66.25 | 63.60 | 60.95 | 58.30 | 57.— | 55.65 | 54.35 | 53.— |
| P | 262.35 | 87.45 | 81.60 | 77.25 | 72.90 | 69.95 | 67.05 | 64.15 | 62.70 | 61.20 | 59.80 | 58.30 |
| Q | 286.20 | 95.40 | 89.05 | 84.25 | 79.50 | 76.30 | 73.15 | 69.95 | 68.35 | 66.80 | 65.50 | 63.60 |
| R | 310.05 | 103.35 | 96.45 | 91.30 | 86.15 | 82.70 | 79.25 | 75.80 | 74.10 | 72.35 | 70.65 | 68.90 |
| S | 333.90 | 111.30 | 103.90 | 98.30 | 92.75 | 89.05 | 85.35 | 81.60 | 79.75 | 77.90 | 76.05 | 74.20 |
| T | 357.75 | 119.25 | 111.30 | 105.35 | 99.40 | 95.40 | 91.45 | 87.45 | 85.80 | 83.50 | 81.50 | 79.50 |
| U | 381.60 | 127.20 | 118.70 | 112.35 | 106.— | 101.75 | 97.50 | 93.30 | 91.15 | 89.05 | 86.90 | 84.80 |
| V | 407.45 | 135.15 | 126.15 | 119.40 | 112.65 | 108.05 | 103.60 | 99.10 | 96.60 | 94.60 | 92.40 | 90.10 |
| Z | 477.— | 159.— | 148.40 | 140.45 | 132.50 | 127.20 | 121.90 | 116.60 | 113.95 | 111.30 | 108.65 | 106.— |

Finalizado este último trámite burocrático, frío en su esencia y deshumanizado en su espíritu, se cierra el primer acto de este drama que, cual el de Edipo en Colonna, mueve en el tablado de la vida a un lisiado que acepta ciego y sereno su dolor, sabiendo que el segundo acto corre ya por su cuenta y terminará cuando llegue para él el fin inevitable.

### MECANISMO

El aseguramiento contra accidentes se hace en las compañías privadas de acuerdo a una plan similar para todas, que resume la experiencia de muchos millones de asegurados y muchos años de pacientes trabajos estadísticos.

Como ninguna compañía asegura *un obrero* determinado, sino el monto global de los jornales que el obrero percibe por año, es sobre capital que extiende la póliza y no sobre el obrero que ese capital significa. Esta póliza es cada vez menor a medida que el capital aumenta.

Este procedimiento, por otra parte aceptado por todo el mundo, aunque constituya un permanente error, ha traído aparejado que las Cámaras Aseguradoras mantengan siempre al día unas frondosas tablas donde están cuidadosamente determinados todos los oficios posibles y todas las actividades a que un hombre pueda dedicarse en el cotidiano trajín.

En esa forma se han catalogado 580 oficios primarios, algunos de los cuales poseen gradaciones de acuerdo a su variable peligrosidad.

Para su mejor análisis han agrupado con las letras del alfabeto desde la A hasta la Z estos oficios, siendo las primeras letras las que indican los oficios menos peligrosos, y los que corresponden a las últimas, los de mayor riesgo.

Es así que constituye oficio de la categoría A el que realiza el personal de oficina de teléfonos y telégrafos o el personal de tiendas con más de $ 500.000 de jornales anuales.

De la misma manera es oficio de la categoría Z el que realiza el personal de fábricas de fuegos de artificio o fulminantes y el que se dedica a la construcción de armazones para edificios en hormigón armado o hierro, siempre que tengan una altura de más de nueve pisos para los primeros y más de tres para los segundos.

Correlativamente a esta peligrosidad es la prima inicial que se abona y que es de $ 50 para la categoría A y de $ 477 para la categoría Z. Esta prima es independiente de la póliza.

En la tabla adjunta podrá estudiarse con detenimiento esta tarifa que oscila entre $ 4.75 y $ 159 para los primeros $ 10.000 de jornales para la cateorgía A y entre los $ 3.20 y $ 106 para

la categoría Z y para un máximo de $ 250.000 de jornales por año.

Además de todo esto, se hace un estudio metódico de los riesgos accesorios que comprenden: el aseguramiento del patrón, los no cotizados, la responsabilidad civil, el recargo por fraccionamiento de pago, la atención médica y farmacéutica.

Todos estos recargos inciden en un aumento en el precio de la póliza, aumento que puede llegar hasta el 59 % en caso de combinarse varios de ellos.

Finalmente, una maraña de incisos, apartados, artículos y cláusulas, puntualiza hasta en los mínimos detalles, todo lo que se puede producir en el campo del trabajo y de qué forma la compañía se ha prevenido anticipadamente, amparándose en la misma ley. Ejemplo de esto último es la oración final del art. 3.º de su reglamento de tarifas que dice «. . . quedando convenido que el monto de la indemnización en casos de accidentes del trabajo no será superior al fijado por los incisos a, b y c del art. 8.º de la Ley 9688, quedando bien establecido que el salario máximo no será superior a los $ 9.70, pero en *ningún caso la Compañía abonará una indemnización mayor de $ 6.000 por persona y en un solo accidente*». Llama la atención la claridad de la Compañía al establecer *que en ningún caso* una vida humana vale más que ese capital, a pesar que sus pólizas pueden aumentar discrecionalmente hasta un 59% de su costo.

Y para terminar pueden mencionarse, pues se hallan documentados, dos casos entre tantos, en uno de los cuales una explosión causó la muerte de cinco obreros, dos de ellos indios, de quienes sus derechohabientes no cobraron indemnización alguna por no ser esos indios *Entes Jurídicos*, y otro en el que un obrero a quien la Sección Traumatología indemnizara con el total de la vida, pero que, engañado por profesionales inescrupulosos, percibió solamente $ 200 de esta indemnización de $ 6.000.

¡Y pensar que proclamamos *Urbi et Orbi*, la excelsitud de nuestra Ley 9688!

Todo este mecanismo comercial que trafica con el dolor y la desgracia sugiere un comentario final:

« A pesar de los millones de estadísticas, de los millones de « pólizas y de los millones de pesos cobrados por ellas, los acciden- « tes se producen siguiendo un ritmo fijo e inmutable. Las Com- « pañías han pagado cientos de millones a cambio de órganos, fun « ciones o vidas perdidas para la familia y para la sociedad. Pero, « ¿alguna vez gastaron algo para enseñar a prevenir?».

« ¿Que diría una sociedad si el gobierno de algún país gastara « millones de pesos en asegurar la vida de sus habitantes contra « los riesgos de la viruela y la difteria y no supiera que existe la « vacuna?»

«¿Por qué se deben gastar tantos millones a cambio del do-« lor, si existen medios científicos y probados que demuestran la « enorme verdad de la palabra *Previsión?*».

TARIFAS

La tarifa de seguros contra accidentes comienza por establecer una vigencia de un año de duración y nunca con una anticipación mayor de 30 días a la fecha de la iniciación del seguro.

Se basa en los salarios efectivamente pagados por el asegurado durante ese año, y calcula, formando parte del mismo, la habitación, comida u otra forma de remuneración.

Prevé que cualquier modificación en los riesgos debe rectificarse en la prima de acuerdo a las nuevas condiciones del riesgo.

Si toma a su cargo la atención médica y farmacéutica, aplica un recargo del 7 ½ %. Si esto sucede fuera del radio de la Capital Federal y a una distancia no mayor de 30 Km., el recargo es del 30%. Si pasa esa distancia, es del 40%.

Si también resguarda la responsabilidad civil, fija un nuevo aumento del 15 % y si el pago de la prima se hace por trimestre o semestre, recarga el 2 ó el 4 %.

Emite también, subrogando indemnizaciones, pólizas que cubren exclusivamente incapacidades parciales permanentes y muerte, por lo que cobra el 60 % de la tarifa. A veces cubre solamente incapacidades parciales permanentes y muerte, por lo que cobra el 60% de la tarifa. A veces cubre solamente incapacidades absolutas con un 40 % de la misma. Agrega por último 4 % de impuestos.

Se ve, a traves de este rápido examen, que todo tiende a prevenir un mayor gasto para la compañía, pero no se emplea esta prevención justamente en lo que debería evitarse: *el accidente*.

Para terminar expondremos un ejemplo: Supongamos una fábrica de colchones de lana (industria de poco riesgo), situada en Luján, que quiere asegurar igualmente su personal (49 obreros), (jornal anual de $ 132.000) contra responsabilidad civil y que desea pagar por trimestres: Análisis de la tarifa:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Precio mínimo | $ | 71.50 | $ | 71.55 |
| Valor por mil | » | 18.30 | » | 1.849.90 |
| Por asist. médica y a más de 30 Km. rec. 47 % | | | » | 869.09 |
| Respon. civil 15 % recargo | | | » | 257.35 |
| Pago por trimestre, 4 % recargo | | | » | 73.99 |
| Impuestos varios 4 ½ % | | | » | 82.18 |
| Total | | | $ | 3.204.06 |

El propietario de esta hipotética industria, bien poco peligrosa por otra parte, debe pagar $ 3.204.06 anuales y posiblemente no suceda en su fábrica ningún accidente de trabajo. Probablemente podrá tener obreros enfermos por aspiración de polvos de lana, pero justamente esos no se beneficiarán con seguro por constituir una enfermedad profesional y no estar incluída en la Ley 9688, que resguarda *sólo y exclusivamente accidentes.*

Nos hacemos cargo de lo que le cuesta el seguro a un contratista de obras incluído en la categoría Z.

A pesar de la forma realmente hipertrófica en que las Compañías se previenen, al final de sus balances el renglón accidentes arroja un saldo negativo. Veamos esto en:

RESUMEN DE UN BALANCE

Tomemos, por ejemplo, la memoria y balance general de la Compañía General de Seguros La Buenos Aires que, conjuntamente con las compañías Fénix del Norte, San Martín, Royal, Phoenix y Unión, constituye el consorcio C.O.A.R.F.I.R.E. Este balance general al 30 de junio de 1945, arroja un total de cerca de $ 26.000.000. Como no nos interesan sus distintos renglones, veamos solamente qué menciona en su Sección Accidentes del Trabajo, Ley 9688.

En su Sección Balance General acusa un activo de $ 399.271 y un pasivo de $ 716.114.

En su Sección Cuentas de Ganancias y Pérdidas lo referente a accidentes del trabajo, se halla discriminado en la siguiente forma:

HABER

| | | | |
|---|---|---|---|
| Primas en Ejercicio ................ | $ | 1.352.111 | |
| Siniestros Pendientes al ejercicio ant. | » | 121.858 | |
| Reserva para riesgos en curso .... | » | 188.093 | |
| Otras Utilidades ..................... | » | 38.494 | $ 1.700.557 |

DEBE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Siniestros Pagados ..................... | » | 338.479 | |
| Siniestros Pendientes ................ | » | 130.888 | |
| Reaseguros Cedidos .................. | » | 706.808 | |
| Anulaciones .......................... | » | 28.029 | |
| Reserva para riesgos en curso ....... | » | 246.909 | |
| Gastos de Explotación .............. | » | 212.879 | |
| Impuestos y Contribuciones .......... | » | 31.896 | |
| Saldo que pasa a Cuenta Administ. | » | 4.666 | » 1.700.557 |

Este mismo guarismo de $ 4.666 lo volvemos a encontrar mencionado en la Cuenta Administración como Unico Saldo Favorable de estas cuantiosas inversiones. Y por último, en la Memoria del mismo ejercicio constatamos lo siguiente: «Las primas «netas de anulaciones y reaseguros cedidos, producidos por la «Sección Accidentes durante el ejercicio, sumaron 617.273 $ c/l., «lo que comparado con el ejercicio anterior arroja un aumento de «$ 147.003. En concepto de siniestros y asistencia médica se abonó «la suma de $ 338.478, reservándose para siniestros pendientes «de liquidación $ 130.888, y para riesgos en curso la suma de «$ 246.909, después de lo cual la Sección arroja un beneficio «neto de *$ 4.666.*»

Agreguemos que esta pequeña cantidad favorable, pequeña dado el monto total del balance —más de $ 25.000.000— es favorable después de varios años de haber sido negativo.

Y como conclusión: Hemos podido averiguar que en el período de doce meses, años 1945-1946, el consorcio C.O.A.R.F.I.R.E. pagó, en concepto de siniestros y asistencia médica, la cantidad de $ 1.067.356. No poseemos comprobantes de este dato.

Lógicamente, la mención de estas cifras hace pensar: Si esto ha pagado una sola firma ¿cuánto es lo que se ha pagado en el país, teniendo en cuenta que existen además compañías más poderosas?

Creemos que la cifra de $ 14.000.000, gastada anualmente en concepto de pagos de accidentes, ha de ser la más aproximada.

Piénsese además el saldo de desgracia no reparado que esto representa y admírese que a pesar de todo, nada se ha hecho aún por tratar de suprimir los accidentes de trabajo, cuyo costo se ha mencionado, pero cuyo resultado que no vemos, incide sobre la economía de la Nación.

Y, finalmente, recalquemos por última vez que es anacrónico, deshumano y anticristiano un sistema implantado por la tradición que lo reduce todo a dinero y paga dinero por vidas, órganos perdidos, funciones manuales abolidas; pareciendo ignorar que lo correcto es prevenir y lo socialmente justo es reparar, enseñando y aprovechando el maravilloso poder de la mente siempre pronta para aceptar las ventajas de una rehabilitación funcional.

## Seguros de Accidentes entre los Obreros del Estado

Actualmente los obreros y empleados jornalizados que dependen del Estado suman millares. Esta cifra se verá acrecentada a medida que se constituyan las nuevas sociedades mixtas proyectadas.

Se puede decir que solamente algunos gremios no tienen su réplica en los Servicios Estatales.

Y si la ley 9688 obliga al patrono, en defensa del obrero, a asumir el riesgo accidental durante las horas de trabajo para resguardar la integridad de su persona, ¿por qué el Estado en su posición de patrono no debe correr el mismo albur?

En realidad, algo de esto existe, y muchas de esas reparticiones, ante la necesidad imperiosa de la Asistencia Médica de sus empleados y obreros, han creado la Mutualidad, de floreciente presente y promisorio porvenir. En ella, gracias al pequeño aporte personal y la subvención estatal, se imparte asistencia médico-quirúrgica al socio obrero, empleado y familiares. Ejemplos de ello son los Hospitales Ferroviarios, la Mutualidad Municipal, la del Ministerio de Obras Públicas, Agricultura, etc.

Pero todas estas Instituciones exclusivamente médico-quirúrgicas, terminan su cometido con un accidente cuando las lesiones traumáticas han cicatrizado o cuando el mismo ha llegado a un límite de recuperación funcional y se hace acreedor a una indemnización.

Llegado ese momento se desentiende de él, y la mayoría de las veces la opinión de un «cambio de destino» dentro de la Repartición o el consejo de un «trabajo liviano» se suma a la indemnización que se entrega.

Parecería que nunca se pensó que sería posible una reeducación funcional, ni menos aún en la enseñanza de una nueva profesión.

Es así que, por lo menos en los FF., CC., suelen verse guardavías o serenos que han llegado a «eso» porque un accidente anterior los incapacitó permanentemente.

A pesar de que con el sistema actual, el Estado es tácitamente el asegurador de sus obreros, no posee, al menos en sus Mutualidades, un renglón especialmente destinado a accidentes.

En sus presupuestos anuales, estas reparticiones o sus Mutualidades, engloban sin discriminar los gastos que han correspondido a Asistencia Médica de los que lo han sido exclusivamente por Accidentes de Trabajo. Algunas veces anotan por separado o en Gastos Generales lo correspondiente a Indemnizaciones.

### SECCIÓN ACCIDENTES DE TRABAJO

En el Instituto se creará una Sección de Seguros de Accidentes de Trabajo, organizada en forma similar a la que existe en todas las Compañías de Seguros. Poseerá su gerente de Seguros, su gerente de Pólizas, Oficina de entrega de las mismas, Contaduría, Secretaría, etc.

Organizado este servicio asegurador, se encargará de tomar todas las providencias del caso para que el Estado *por todas las*

*Reparticiones* que poseen obreros, sea el verdadero asegurador de los mismos.

Esta Sección, que será una verdadera Compañía Aseguradora Estatal, armonizaría, dentro de las distintas divisiones de otras reparticiones, el cumplimiento de esta delicada misión.

La Sección Seguros de Accidentes de Trabajo no solamente se concretará a emitir pólizas, sino que recaudará del patrono, en este caso el Estado, es decir, la misma Repartición a la que pertenece el grupo obrero asegurado, las primas establecidas en una tarifa similar a la que existe en vigencia dentro de las compañías privadas.

Producidos los accidentes que se sucederán con la misma regularidad que en el sector privado, y hasta que comience a dar sus frutos el trabajo realizado por la Sección Propaganda de Prevención, el Instituto tomará a su cargo al acidentado. Extenderá su acción no sólo al tratamiento médico-quirúrgico de las lesiones, sino que reeducará al obrero que lo necesita y podrá exigir, dentro de la Repartición Nacional, el empleo de esos accidentados, reeducados en la categoría que hubieren alcanzado en la nueva profesión aprendida.

Uniría en estas formas lo que hace la legislación alemana que reeduca y la norteamericana que obliga a colocar a cualquier inválido reeducado en un empleo civil.

## MECANISMO

Para llevar a la práctica el aseguramiento de los obreros del Estado, por intermedio del Instituto de Rehabilitación se dispondrá que todas las Reparticiones Nacionales confeccionen la lista de sus obreros y suscriban las pólizas correspondientes.

El dinero recaudado en este concepto será devuelto, pero esta vez en forma de un postulado general para el futuro: «el reintegro a la sociedad de un hombre socialmente capaz de bastarse a sí mismo». Claro está que esto obligará a recibir, atender, diagnosticar, curar y rehabilitar a todo obrero accidentado que las Reparticiones Nacionales envíen.

Parecerá dificil, aunque solamente es diferente a todo lo realizado hasta el momento actual.

Al mismo tiempo, se practicará, dentro de los locales de trabajo, todo aquello que aconseje la Sección Propaganda de Prevención con el objeto de practicar la Profilaxis del Accidente.

El Instituto de Rehabilitación de Inválidos, por su Sección Seguros contra Accidentes, emitirá pólizas para todos los obreros y empleados asegurables que reciban emolumentos de la Nación.

Estas pólizas no tendrán más duración que un año.

El contrato de seguro deberá basarse en los salarios efectivos recibidos por el asegurado durante el año de vigencia de esas pólizas.

Se tomará como promedio, sujeto a modificación, la cantidad de $ 3.000. —por año.—

Las tarifas que se aplicarán serán las mismas que hasta hoy se han aplicado en las compañías privadas. Pero, como estas tarifas han sido confeccionadas con un fin comercial, y el Estado no puede sustentar el mismo principio, sólo aplicará esta tarifa por única vez, por constituir el resultado de la experiencia de muchos años en el campo privado.

Su posterior estudio hará que surjan de la práctica de su aplicación, todas las medidas necesarias para que estas primas sean reducidas a un mínimo, si hay lugar a ello.

*Sucesivamente se irá haciendo cargo del Instituto del Seguro de Accidentes de los Obreros de Empresas Privadas en todo el territorio de la Nación.* La experiencia recogida en ese momento servirá para que se dicten las reglamentaciones respectivas.

El Instituto propiciará por todos los medios a su alcance la modificación de la reglamentación de la Ley 9688, contemplando la posibilidad, entre otras cosas, de aumentar el monto total de la indemnización a $ 10.000; el pago del medio jornal, elevándolo a 3/4 para los casados o con familia y, en general, todas aquellas mejoras que la experiencia de la aplicación de quince años de la Ley ya ha enseñado.

El dinero recaudado por el Instituto en concepto de pago de pólizas se empleará, como ya se ha mencionado, en ofrecer asistencia médica, farmacéutica, y tratamientos de recuperación.

Dentro de lo posible, las pólizas serán *nominales* y se consignará en ellas el nombre, apellido, salario y profesión de la persona que cubre.

NO SE EMITIRA NINGUNA POLIZA SIN UN PREVIO EXAMEN MEDICO DEL ASEGURADO

El total recaudado en concepto de pago de primas y pólizas será depositado en el Banco de la Nación Argentina y a la orden del Instituto de Rehabilitación de Inválidos, en el transcurso del mes de enero de cada año. Durante ese período, el personal correspondiente a la Sección Seguros de Accidentes del Instituto confeccionará las pólizas que serán entregadas a las distintas reparticiones a quienes pertenezcan.

En los casos en que existan oficios que no estén comprendidos en la tabla-tarifa que se empleará o no haya antecedentes concretos sobre los mismos, se consultará a la Cámara de Asegu-

radores. En todos los demás casos, las consultas se harán al *Instituto Mixto Argentino de Reaseguros*, Ley 15.345/46.

RESUMEN

De realizarse lo proyectado, la Sección Seguros podría obtener en favor de los obreros de la Nación:

1.° Elevar a $ 10.000 el valor de la vida humana, en una forma similar a lo proyectado por el P. E. de la Prov. de Buenos Aires, al propiciar el Seguro de Accidentes para el personal y pasajeros de vehículos automotores.

2.° Para los obreros del Estado esta cifra se vería aumentada con el seguro de vida propuesto por el P. E. Nacional en una cifra máxima de $ 6.000.

Aunque volvamos a reducir el problema a dinero es, sin duda alguna, una extraordinaria mejora social el poder decir que los obreros que el Estado ocupa tienen sus vidas y el porvenir de sus familias resguardados por una suma que creemos no tiene parangón en el mundo.

3.° Poder realizar la valuación de las incapacidades, no como actualmente se hace, sino teniendo en cuenta la edad y la profesión del asegurado.

4.° Que el Instituto de Rehabilitación de Inválidos pueda desenvolverse como una Repartición relativamente autárquica.

5.° Poder fijar dentro de *dos años* el valor real de las primas que deben regir para el futuro.

6.° Poder entregar a los obreros que se accidentan *desde el primer día su medio jornal y quizá tres cuartos del mismo.*

7.° Poder, por fin, practicar un examen médico sistemático de todos sus asegurados.

8.° Creará con este motivo una estrecha colaboración con los distintos servicios médicos de todas las reparticiones nacionales y particulares, ya que serán esos servicios los que deberán practicar los exámenes médicos periódicos del personal a su cargo.

9.° Podrá formar por primera vez los «ficheros de salud», es decir, llegar a saber *cómo somos*, lo que le permitirá descubrir precozmente lesiones o enfermedades fácilmente reparables.

10 Encarar de una vez valientemente el problema de la *hernia accidente.*

Finalmente, no debe alarmar que el Estado tenga la pretensión de abarcar funciones hasta hoy propias de la iniciativa

privada, ya que podemos afirmar rotundamente que se obtendrá el mejor de los éxitos, como los ha obtenido siempre la ciencia cuando ha movilizado sus elementos para luchar en forma tal contra algún azote de la humanidad.

## Propaganda de prevención

Séanos permitido citar un concepto de F. Ballester: «Como «Napoleón decía que para ganar una guerra hacían falta tres «cosas: dinero, dinero y dinero», para combatir el accidente del trabajo, hacen falta igualmente tres cosas: propaganda, propaganda y propaganda.

Esto no es una afirmación a la ligera, sino lo que la observación y la experiencia demuestran, ya que ellas nos dicen que el número de accidentes en igualdad de circunstancias es inversamente proporcional a la extensión e intensidad de la propaganda de prevención.

Sería inacabable la enumeración de todos los métodos de propaganda que pueden emplearse en ese sentido. El campo es tan amplio, que abarca desde la simple advertencia, hasta la modifcación de sistemas de fabricación industrial, teniendo siempre como mira la prevención. Esta verdadera profilaxis del accidente en función de prevenir, la vemos diariamente en todas las actividades del medio social.

Prevenir significa aviso, advertencia, preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo.

Prevenir es disponer las cosas para lograr un fin determinado. Es el conocimiento que se tiene «a priori» de un daño o perjuicio que pueda sobrevenir. Es la advertencia para evitar un mal

Prevenir es una señal roja, una barrera en un paso a nivel, una sirena o un poste indicador, un cráneo cruzado por dos huesos; prevenimos el tétano inyectando suero, prevenimos un puerto poniendo un barco en cuarentena, etc.

Y si todo esto es previsión y todo esto se realiza en la vida diaria, y a pesar de todo suceden cosas que quisiéramos evitar, ¿qué no sucederá en el campo del trabajo donde las medidas de prevención son tan escasas?

Se lo ha comparado a un campo de batalla, cuyas víctimas no son del todo inevitables, pero cuya culpa pesa desde hace años sobre los que tuvieron la obligación de pensar y por lo tanto de prever.

Los accidentes no son una cosa fatal e inevitable, no nos cansaremos de repetirlo; son evitables en su mayor parte si se utilizan los medios preventivos recomendados por la ciencia, pero empleados con la terquedad del antiguo aforismo: «Guta Guta cavat lapidem».

El estudio y descripción de todos los medios de prevención escapan a una enumeración siquiera aproximada; bástenos mencionar un ejemplo de los más conocidos y las evidentes ventajas emanadas de su uso.

El enganche mecánico de los vagones ferroviarios en los países que lo han adoptado, ha hecho que los accidentes por dicha causa se redujeran a un mínimo. Estados Unidos pudo con ello reducir el personal encargado del mismo en un 16% y los accidentes disminuyeron en el 100% de los casos mortales y en el 81% de los no mortales, por cada 10.000.000 de millas recorridas.

En nuestro país, la Wico ha logrado disminuir los accidentes mediante una metódica campaña de prevención, de 520 a 132, y en la sección Refinería rebajar la cifra de 253 personas accidentadas por año, a 6!

Como último ejemplo, mencionaremos que el Canadá en el año 1931 realizó una intensa campaña gráfica contra los accidentes. Se repartieron 78.000 carteles y el coeficiente de accidentes disminuyó al 14,09%, habiendo sido el año anterior de 26,44%.

Claro está que estas cifras representan, por lo general, el esfuerzo de muchos años, pero también han existido talleres que han disminuído la cifra de accidentes de un modo apreciable en un solo año.

Una campaña de prevención es una obra larga que necesita observación serena. No es posible suponer que por el hecho de dictar algunas conferencias, colocar carteles o proyectar alguna película nacional adecuada, los accidentes habrán de desaparecer como por encanto.

Por cierto no es así, pero si esa campaña se continúa en todos los sectores con voluntad, dinero, constancia, habilidad y técnica, en poco tiempo rendirá sus frutos y redituará con creces los esfuerzos y gastos realizados en ella.

### REINTEGRO A LA SOCIEDAD

Llegamos a este último capítulo con el convencimiento íntimo de haber demostrado que la instalación de un Instituto de Rehabilitación de Inválidos es una imperiosa necesidad nacional.

Los múltiples aspectos que él abarca, estudiados por otra parte con perfecto conocimiento del problema, solucionan en forma integral el mismo, pues encaran con espíritu renovador y revolucionario las facetas médicas, jurídico-sociales, financieras, educativas y morales, de todos aquellos que vivieron hasta hoy en un doloroso y especial ostracismo dentro de la Patria.

Todos están de acuerdo en que la República Argentina necesita cuarenta o sesenta millones de habitantes para alcanzar la grandeza y soberanía que Dios le tiene destinada.

Todos están igualmente de acuerdo al decir que esperan que esos millones lo sean de gentes sanas, fuertes, útiles y optimistas.

Algunos conocen la circunstancia dolorosa de que nuestra patria soporta un lastre constituído por un enorme ejército de enfermos crónicos que son también lisiados.

Otros, algunas veces piensan que cargamos con miles de inválidos congénitos, niños baldados, inválidos accidentales, etc.

Es también voz corriente que nuestra juventud llega a los 20 años, y da en ese instante el 50% de inaptos para la conscripción.

Las enfermedades mal llamadas sociales también contribuyen con su aporte destructor.

Y bien. Este diferente y parcial conocimiento que todos tienen de que un enorme porcentaje de argentinos va quedando atrás en el camino de la vida, tiene un solo punto coincidente en todos, cual es el filosófico movimiento de encogerse de hombros y achacarlo todo a la fatalidad.

Hay que hacer algo, aunque sea poco, pero hacerlo, para que no se haga carne en el pueblo aquella oración de Bismarck que se considera amarga, pero que es necesario repetir:

«Nada exacerba tanto la protesta de abajo como la inacción «de arriba».

Recordemos, una vez más, que no es solamente inválido aquel que sólo tiene una limitación visible y objetiva de una incapacidad; los enfermos crónicos que suman millares, constituyen también una invalidez, quizá más grande y dolorosa, ya que se soporta con el resignado estoicismo de cosa inevitable.

Reaccionemos contra este prejuicio y recordemos que la Previsión, en sus múltiples alcances, es el único medio que la Providencia ha dado al hombre para conseguirlo, ya que para ello debe poner en juego ese don privativo de la especie humana: *la razón.*

Esta nos ha enseñado que el hombre describe, desde que nace hasta que muere, una inmensa paróbola imaginaria, cuya generatriz está en el acontecimiento vital, se eleva y vuelve a la tierra al terminar la vida.

Paralelamente a esta parábola y dentro de su órbita, el lisiado describe un círculo que gira alrededor de su eje y lo acompaña.

No pensemos en este momento en los lisiados por accidentes del trabajo a quienes la desgracia ha alcanzado en algún punto de la curva.

Generalmente adultos, han tenido niñez y juventud normales. Han gozado la vida como niños, han reído la alegría de vivir porque han sido normales.

Pensemos, en cambio, en los niños lisiados que comienzan apenas penetra en ellos la luz del intelecto, a vivir girando en ese círculo vicioso, hermético, aislándose del mundo, privándose de lo poco que él da y que hace la vida llevadera.

Quien haya convivido con ellos recordará el sentimiento de angustia que experimentara por primera vez, al verlos reunidos en algún asilo, y al comprobar que ellos también saben jugar, entretenerse y reír.

Su retraimiento innato, agravado por la falta de educación hacia el dolor que tiene en general el mundo que los rodea, desaparece cuando viven cerca de personas que saben comprenderlos, estimularlos y transmitirles fe.

Es por eso que, en general, el Instituto de Rehabilitación no tendrá la característica de un hospital o de un asilo, y tratará por todos los medios de quitar de él el más mínimo rasgo que los haga sospechoso de ser una obra de caridad o de beneficencia.

Con este fundamento y con ese principio parte la idea con el primer esfuerzo por suprimir la lisiación, continúa con la educación social del medio en cuanto al trato hacia los menores lisiados, continúa con la atención médico-quirúrgica de los lisiados accidentados, los estudia psicológicamente y los orienta y selecciona de acuerdo a su vocación y a su aptitud.

Provee de prótesis a quien lo necesita, lo mismo que de elementos protectores para el trabajo.

Realiza por medio de la propaganda en todas las formas posibles, la prevención de los accidentes y la educación social hacia el lisiado en todos los ambientes educacionales y públicos factibles.

Toma a su cargo los seguros contra accidentes del trabajo de todos los obreros de la Nación, realizando con ello una obra nueva y totalmente renovadora.

Y por último, al entregar a la sociedad a un lisiado reeducado, lo arma caballero de su propio destino, ya que lo pone frente a la vida en un pie de igualdad con los hombres normales y con las armas necesarias.

Al brindarles la posibilidad de poder ocupar el 2% de los puestos, cargos u oficios del país, rompe el círculo vicioso en que giraban, y ese círculo instantáneamente abierto en sus extremos, se transforma en una línea que se confunde con la de la parábola de la vida.

## Relación con el Proyecto de Código Sanitario

PROYECTO DE LEY

ASISTENCIA SOCIAL A LOS LISIADOS

El H. Senado y la H. Cámara de Diputados:

Art. 1.º — Quedan bajo el cuidado médico y social de la Nación los lisiados afectos de una alteración anatómica o funcional que limite en todo o en parte su capacidad futura de trabajo.

Art. 2.º — Bajo la denominación de Asistencia Social a los Lisiados créase en la Secretaría de Salud Pública de la Nación, en el Instituto de Rehabilitación de Inválidos, un organismo destinado a la prevención, asistencia y rehabilitación social de los lisiados, y especialmente destinado para capacitarlos en su educación física, intelectual, técnico-profesional y moral.

Esta acción se cumplirá en forma de «asistencia cerrada» (interna) o «asistencia externa» (ambulatoria) según sea más conveniente en cada caso.

Art. 3.º — Se entiende por lisiado, a los fines de este código, todo ser que por sus propios medios se encuentre imposibilitado para adquirir la enseñanza primaria o su capacitación técnico-profesional. Se incluyen especialmente para su asistencia las siguientes causas de lisiación: ceguera o agudeza visual mínima extrema; sordomudez o sordera extrema; parálisis infantil, invalidez por traumatismo, deformaciones congénitas, invalidez por enfermedad crónica, raquitismo, epilepsia.

Art. 4.º — Bajo la denominación de Aseguramiento contra Accidentes del Trabajo, créase en la Secretaría de Salud Pública de la Nación, en el Instituto de Rehabilitación de Inválidos, un organismo destinado al aseguramiento contra los riesgos accidentales del trabajo para todos los obreros del país.

Art. 5.º — La Secretaría de Salud Pública propondrá las medidas necesarias modificadoras de la reglamentación de la Ley 9688 y que se opongan a los fines expuestos en el art. 4.º de la presente ley.

Art. 6.º — Créase un Registro Nacional de Lisiados integrado por las fichas médicas y sociales de los censados y en los cuales consten expresamente además de los antecedentes civiles y de identificación, el estado físico y funcional, causa de la lisiasión, tratamientos instituídos, etc. El Instituto dispondrá del censo permanente de inválidos.

Art. 7.º — Créase en el Instituto una sección de Educación Social destinada a efectuar una propaganda sanitaria permanente contra las causas de invalidez en general, y en especial, las de tipo infantil.

Art. 8.º — Es obligatoria la denuncia de los menores lisiados, correspondiendo ésta a los padres, tutores, encargados o parteras, médicos

o maestras, que en el ejercicio de sus funciones tomaran conocimiento de un caso.

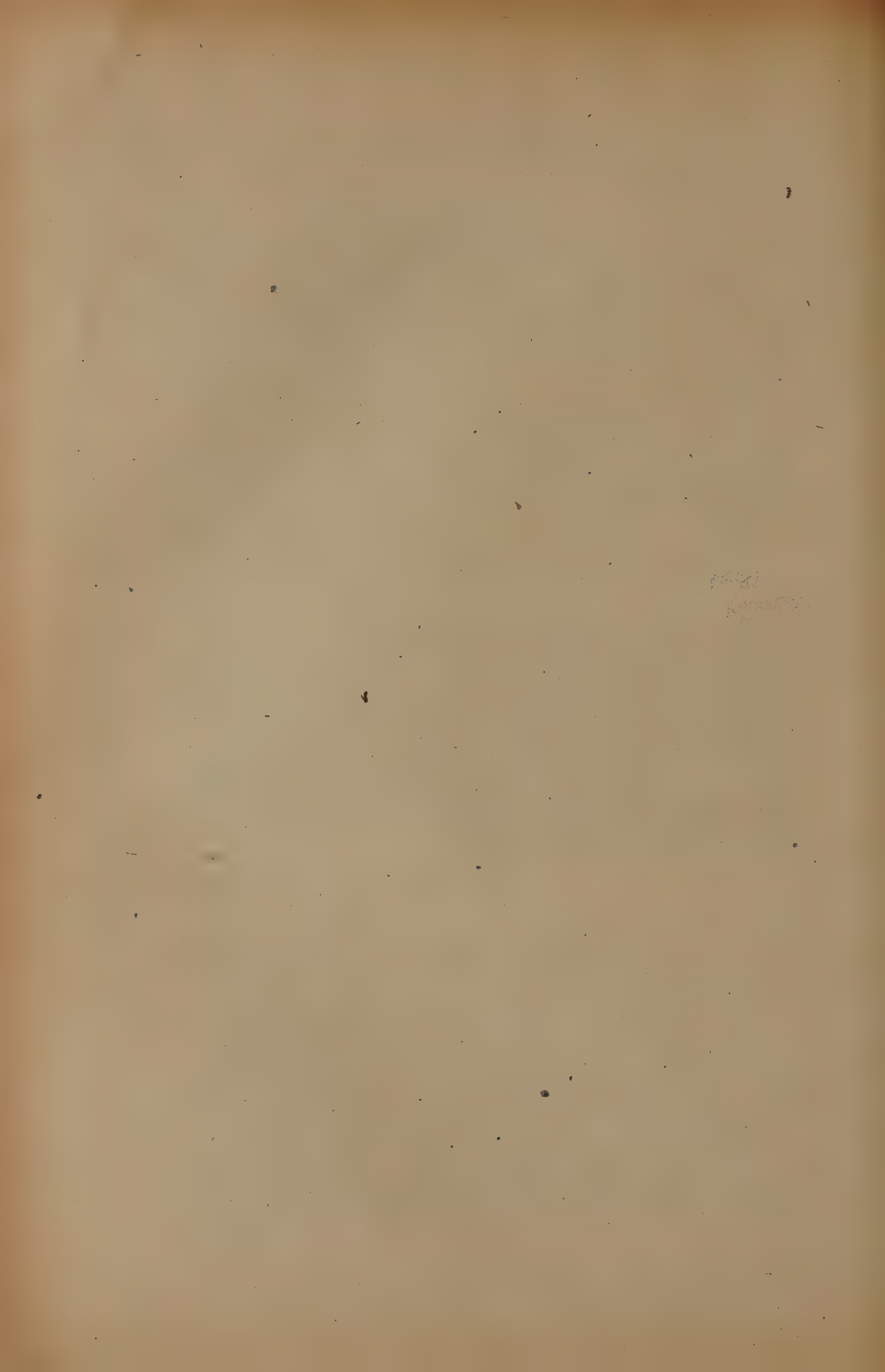
Art. 9.º — Quedan obligados los padres o tutores para disponer por su cuenta la entrega para el cuidado público dentro de los propósitos de esta ley, a los menores afectos de una causa de lisiación a objeto de darles la educación física, moral e intelectual que sea más conveniente y que pueda capacitarlos para su futura independencia técnica y profesional. A este fin los menores serán internados si ello fuera necesario y sometidos a un tratamiento quirúrgico, siempre que ello no importe un peligro de vida.

Art. 10 — El Poder Ejecutivo confeccionará anualmente un plan de asistencia, creando los organismos correspondientes, el cual será incluído con su proyecto de presupuesto cada año. La asistencia deberá ser hecha preferentemente por institutos del Estado, o donde sea más conveniente; se utilizarán los servicios de instituciones privadas; o se subvencionarán organismos que realicen los propósitos de esta ley.

Art. 11 — El Consejo Nacional de Educación queda facultado para hacer convenios con la Secretaría de Salud Pública para utilizar mutuamente las aulas, maestros y material pedagógico para cumplir con lo dispuesto en esta ley, especialmente en las zonas apartadas del país.

Art. 12 — Todo lisiado que dispone de una capacidad parcial de trabajo, se le empleará en las dependencias del Estado y entidades autárquicas. Se dispone para este fin que el 2% de los puestos de la Administración Pública e Industrias del Estado serán reservados para lisiados que tengan alguna capacidad de trabajo, quedando obligados a lo mismo los establecimientos industriales del país, así como las dependencias de los gobiernos provinciales y municipales. El Instituto determinará en cada caso el grado de capacidad técnico-profesional existente.

Art. 13 — Comuníquese, etc.



## CAPITULO XXII

### *VIVIENDA*

*Casa propia para el mayor número posible de habitantes, pero construídas de acuerdo a los preceptos de la higiene, tanto su exterior como su interior y su funcionamiento.*

Estamos frente a un problema, que ya ha dejado de ser grave, para convertirse en pavoroso. Los sociólogos e higienistas ya habían observado este problema, pero nada fué hecho. La falta de viviendas debe ser resuelta, no solamente por la falta en sí, sino porque las existentes, en general, más que para personas, parecería que fueran destinadas a animales de corral. La enorme mayoría de la población vive en condiciones que degradan la dignidad humana, causando, a no dudarlo, daño físico y moral. Por las estadísticas de mortalidad y morbilidad realizadas en la clase proletaria, se deduce el peligro biológico que la vivienda, en las actuales condiciones, está significando para la clase trabajadora del país. Es a ella, en primer término, a quien debemos dedicar nuestras inquietudes en el sentido de la solución de dicho problema.

Recordemos que, a mediados del siglo pasado, el movimiento obrero de Autralia había sintetizado sus aspiraciones en la cuarteta llamada de los cuatro ochos: ocho horas de trabajo; ocho horas de distracción; ocho horas de reposo y ocho chelines de sueldo. En idioma inglés, la cuarteta resultaba eufórica y agradable al oído, por lo cual fué entonada desde entonces en todos los movimientos populares de aquel país.

Si evocamos este recuerdo es porque en virtud de ello, nunca estuvieron más de acuerdo los sentimientos obreros con los postulados de la higiene. Claro es que también las ocho horas de trabajo deben cumplirse dentro de un ambiente salubre. Las ocho horas de distracción deben sujetarse a un ritmo intermedio entre el trabajo y el reposo, empleándolas en actividades que eduquen el carácter, den instrucción amena y permitan un moderado deportismo.

Las ocho horas de reposo requieren un lecho y una vivienda sana, amplia, ventilada y bien iluminada, para que el proceso fisiológico de la recuperación de las fuerzas se produzca en las mejores condiciones.

Ha transcurrido ya casi un siglo de la cuarteta australiana, pero el tercer postulado, el de la vivienda higiénica, sigue siendo aún una mera aspiración del proletariado del mundo y, por lo mismo es, entre los problemas sociales, el que espera la amplia e inmediata solución en nuestro país, en donde ya han sido resueltos otros problemas de la clase obrera que eran previos al de la vivienda higiénica.

Sabemos que los perjuicios del hacinamiento sobre la masa obrera son evidentes. Si tenemos en cuenta que la permanencia de toda una familia, durante gran parte del día, en una sola habitación, es perjudicial para los adultos, ello será peor para sus hijos. El obrero que no tiene en su casa el ambiente necesario para el reposo y la distracción, lo buscará en las derivaciones antisociales, como los despachos de alcohol, las tabernas o las pulperías.

El derecho del obrero a la vivienda sana y cómoda no se discute, debiendo ser un derecho irrenunciable, dado que de él depende su rendimiento laborativo, así como la seguridad, el bienestar y la orientación moral de sus hijos.

La higiene entiende que toda vivienda obrera debe tener un mínimo de condiciones que la hagan confortable; debe resguardar de las inclemencias del tiempo en todas las épocas, debe tener un costo apropiado al salario mínimo vital de cada región del país y debe ser habilitada de acuerdo a ciertos principios de estética y de buen gusto, esfuerzo éste que ya realizan muchas organizaciones de servicio social en Europa y, especialmente, en Bélgica, donde se crean organismos para vender muebles, cuadros, floreros, etc., vale decir, elementos que decoran agradablemente el hogar, a fin de que se tenga el gusto de sentirlo como algo superior. Del tugurio, donde todo es miseria y desorden, no pueden salir hombres con pensamiento elevado y ya, en su tiempo, lo dijo Lloyd George, refiriéndose a Inglaterra, «que no podría crearse un Imperio de primera clase con un pueblo de tercera». Si ello es cierto para un imperio, cuanta más verdad será para una República, en que el progreso de sus instituciones reside, por esencia, en el voto de las masas populares. La forma como fué encarado el problema de la vivienda en otros tiempos, deja la amarga impresión de que se quiso organizar un movimiento obrero sin jerarquía, para elaborar sobre su incapacidad el poder de los que usufructúan de la ignorancia para perpetuarse en los comandos obreros.

La vivienda no es sólo un sitio para reparar las fuerzas físicas; es también el recinto donde se forman y renuevan las ideas morales y espirituales de una época, sobre las cuales asienta la calidad de una Nación.

Es de tal magnitud el problema de la vivienda y su influencia sobre la salud física y moral de los habitantes, que casi se puede afirmar que su solución no será posible sólo con el esfuerzo del Es-

tado. Es un problema social que debe ser resuelto por la armónica combinación de todos los elementos que integran una colectividad, vale decir, Estado, individuo, uniones sociales, cooperativas, mutualidades, empresas industriales y aun entidades de carácter espiritual y religioso.

Nuestro país, desgraciadamente, aun acusa un gran retardo en la solución de esta cuestión médico-social, pero de ello no debemos culpar solamente a los gobiernos, sino también a la incuria de los obreros y de sus mismas organizaciones gremiales, que pocas veces, por no decir nunca, lo han reclamado. No recordamos haber leído nunca un pliego de condiciones obreras en que estuviera incluído este pedido, lo cual muestra que no se lo ha sentido en sus verdaderos términos. Y si de los ambientes urbanos nos dirigimos a los rurales, entristece frecuentemente ver los ranchos miserables que aun se levantan por todas partes, y en los cuales se aloja una familia campesina que no puede sentir felicidad porque su vivienda depara tristeza y no alegría.

Fácil sería demostrar con estadísticas la relación directa que existe entre la enfermedad, la invalidez, la muerte y las condicio-ciones de la vivienda. Bastaría agregar las experiencias verificadas por los higienistas de la Rusia Soviética, quienes han demostrado últimamente, el papel del microclima en el desarrollo del reumatismo, probando con cifras cómo ha disminuído la invalidez por esa enfermedad por el solo hecho de haber construído viviendas obreras. La provisión de viviendas económicas por el Estado o entidades sociales, obedece hoy a principios que debemos repetirlos continuamente hasta que penetren en la conciencia popular. No basta que la vivienda sea espaciosa, barata y confortable; debe reunir también un conjunto de otras condiciones que entran en lo que se llama de todo orden, este candente problema. Pero, por la magnitud del esfuerzo y por el propósito, las generaciones del porvenir tendrán el Centro Cívico de un barrio obrero y al que más adelante nos referiremos. Tócale a este Gobierno solucionar, frente a dificultades que agregar a la obra del General Perón la solución integral de dicho problema.

IMPONER LA VIVIENDA HIGIÉNICA Y LUCHAR CONTRA LA VIVIENDA INSALUBRE QUE CONDUCE A LA DESVALORIZACIÓN PSICOFÍSICA DEL HOMBRE

Esta debe ser nuestra finalidad, teniendo en cuenta que estamos identificados, como médicos, con lo que es una vivienda insalubre. Conocemos como se vive en la generalidad de las viviendas humildes, en espacios reducidos de suelo, muchas veces de tierra, a menudo más bajo que el nivel de la calle, con una puerta como único medio de ventilación y, cuando más, una ventana, a través de la

cual pugna por entrar el sol. En ella se cocina, se come, se higieniza (si es posible) y duerme una familia compuesta por padre y madre, hijos varones y mujeres, las más de las veces con edad suficiente para comprender situaciones conyugales de sus progenitores, que a su vez deben sufrir el escarnio moral a que los obliga el vivir hacinados en la promiscuidad con ellos.

Por regla general sucede que, agregado a la inmoralidad que esto significa, se hacen presentes las enfermedades del cuerpo, que aumentan su acción dado el ambiente insalubre en que actúan, produciéndose esto en grado superlativo en ciertas zonas del país en que han sentado sus reales enfermedades endémicas como el paludismo, la anquilostomiasis, la tuberculosis, el tracoma, la lepra y la sífilis.

Agregado a esta situación, en las viviendas rurales, la promiscuidad con los animales de corral, así como el contacto con los desperdicios, que tienden a su vez a contaminar las aguas de bebida, las emanaciones infectas, todo esto ofreciendo un espléndido campo de acción a la más variada gama de insectos, muchos de ellos portadores de enfermedades endémicas y epidémicas; fácil será sacar conclusiones del porqué de la desvalorización psicofísica del hombre, que tiende a convertirlo en una mercadería despreciada y sin valor económico.

Esto es, en pocas palabras, lo que significa la vivienda de la clase humilde, tal como está hoy en gran parte de nuestro país.

### ANTES DE APROBARSE LOS PLANOS DE CONSTRUCCIÓN DEBEN SER VISADOS POR SALUD PÚBLICA

Entendemos que la construcción de la vivienda no debe ser algo dejado al libre albedrío, ni tampoco dejado exclusivamente al criterio ingenieril. La construcción de la vivienda deberá contemplar aspectos médico-sociales, dentro de los cuales tenemos las condiciones de higiene, el confort, las construcciones regionales, las actividades de quienes las van a habitar, etc. También deberá tenerse en cuenta que, además de albergue, significará hogar, dentro del cual, sobre todo el hombre que trabaja, pasa gran parte de su día y donde él deberá recuperar las fuerzas y tranquilidad de espíritu necesarias para producir el máximum en sus tareas habituales.

El hogar deberá ser entonces, también, un lugar agradable; sostenemos igual concepto en lo que se refiere a los lugares construídos para trabajo, esparcimiento, instrucción, enfermos, etc.

Es entonces a Salud Pública a quien debe corresponder la visación de los planos de construcción destinados a distintos fines, con especificación de los mismos antes de aprobarse dichos planos.

El aspecto higiénico de una vivienda a construirse debe controlarse exigiendo el mínimum de requisitos sanitarios indispensables

para no obstaculizar el desarrollo normal y la conservación de la salud física y mental de sus moradores.

Deberá tenerse en cuenta el emplazamiento, los materiales de construcción, la disposición de los locales y dependencias de la vivienda, las condiciones climáticas regionales, teniendo presente que ella está destinada a preservar al individuo de las inclemencias de los agentes atmosféricos externos; deberá contemplar también a qué será destinada, todo esto a los efectos de dar a sus ocupantes el pleno goce de las cualidades físicas, químicas y biológicas del aire, mediante una conveniente ventilación, iluminación, asoleamiento y calefacción; valorar con exactitud el ambiente de confort en que se desarrollará la jornada del individuo; si el cubaje será suficiente para las personas que van a utilizar la construcción, etc.

Una demostración del articulado que podría ponerse en vigor sería la siguiente:

**De las Habitaciones**

Artículo 1.° Las reglamentaciones locales sobre las habitaciones establecerán las normas higiénicas y sanitarias mínimas; además, asegurará a los habitantes:

a) aireación y ventilación conveniente;
b) iluminación y asoleamiento apropiado;
c) revestimiento que permita fácil limpieza, impida el paso de la humedad y haga imposible la vida de parásitos, insectos y alimañas;
d) buena provisión de agua potable y para uso doméstico, así como un sistema higiénico de eliminación de las servidas y de los desechos domiciliarios y basuras.

Art. 2.° Los locales o habitaciones, todas o en parte, construídas debajo del nivel municipal de la acera, no podrán ser utilizados para estada permanente, diurna o nocturna, de personas.

Art. 3.° Las construcciones o modificaciones de edificios que en una manera cualquiera puedan influir en las condiciones de salubridad de los inmuebles existentes, deben ser sometidos a consideración de la autoridad sanitaria que decidirá la aceptación o rechazo de la obra o las modificaciones a introducirse para hacerla salubre.

Art. 4.° Para que una construcción, reconstrucción o modificación de edificio pueda ser declarada habitable, permanente o transitoriamente, deberá tener la autorización reglamentaria de la autoridad sanitaria.

Art. 5.° La autoridad sanitaria está obligada a hacer un catastro higiénico-sanitario de todos los edificios del país, habitado permanente o transitoriamente. De ese catastro se llevará un fichero actualizado para uso exclusivo de la autoridad sanitaria

sobre las condiciones de higiene y salubridad de los edificios existentes, de las modificaciones que deseen introducirse en éstos y de las construcciones nuevas.

Art. 6.º Las contravenciones a las disposiciones precedentes que no se hallan especificadas en su artículo correspondiente, serán castigadas con multas de 5.000 a 50.000 pesos y la demolición por cuenta del propietario de las obras en contravención.

Art. 7.º Todo problema de orden higiénico o sanitario que se presente o se presentare referente a la higiene y salubridad de las aglomeraciones urbanas y rurales, así como las inherentes a la vivienda individual o colectiva, aisladas o agrupadas, y no estuviere contemplado en el articulado de este título, será solucionado según lo resuelva la autoridad sanitaria, única autoridad que obligatoriamente deberá consultarse.

**De los Hoteles, Casas de Comidas y otros Establecimientos semejantes.**

Art. 8.º Para la construcción de nuevos hoteles se requiere la autorización de la autoridad sanitaria.

Esa construcción, la vigilancia, estricta observación de las reglas higiénicas y sanitarias, y las penalidades, estarán sometidas a las disposiciones establecidas en este Código para todos los edificios y a la reglamentación especialmente dictada a tal efecto y adaptada a las características climáticas, topográficas y epidemiológicas regionales.

Art. 9.º Los hoteles ya instalados deben ser colocados en las mismas condiciones que se exigen para los a construirse, y para todos los casos es la autoridad sanitaria la encargada de la vigilancia, la que obliga a adoptar las medidas higiénicas y sanitarias que crea conveniente, sea para el edificio con todas sus dependencias como para las adyacencias.

Art. 10. Los locales con denominación distinta a la de hotel, tal como casa de huéspedes, casa amueblada, hospedaje, fondas con alojamiento y cualquier otro local o edificio destinado a alojamiento, donde sirvan o no comida, deben estar sometidos a la autorización y vigilancia de la autoridad sanitaria como para los hoteles, pero con una reglamentación particular más estricta.

Art. 11. Los restaurantes, casas de comida en general, cafés, confiterías y cualquier otro local donde se preparan y se sirven, en él o fuera de él, alimentos sólidos o líquidos, calientes o fríos, deben ser habilitados una vez inspeccionados por la autoridad sanitaria.

Esta autoridad mantendrá una rigurosa fiscalización del local, de los alimentos que se preparen y expendan y de su funcionamiento, así como del personal empleado para cada una de las tareas.

Art. 12. Los locales mencionados en los artículos precedentes, sean del tipo restaurante o confitería, o del tipo hotel, cuya perfecta clasificación y difinición se hará en la reglamentación pertinente, deben reunir condiciones higiénicas que aseguren comodidad, seguridad y salubridad, tanto a los moradores o concurrentes, como a los servidores del establecimiento.

Art. 13. Las transgresiones o incumplimiento a las disposiciones de los artículos precedentes *se castigarán con multas de* 10.000 a 100.000 pesos o prisión de 6 a 10 años, con cierre definitivo del establecimiento cuando así lo considere la autoridad sanitaria.

### INSPECCIÓN DE LA VIVIENDA

Todo lo anteriormente expuesto deberá llevarlo a cabo Salud Pública mediante un control estricto de las viviendas construídas, a construirse o a reconstruirse, para que su cuerpo técnico discrimine cuáles son las que están o no en condiciones higiénicas normales y para aconsejar cuáles mejoras pueden hacerse a aquellas que, construídas no reúnan condiciones normales, o bien encauzar las reconstrucciones con criterio higiénico, autorizando a aquellas que sean reconstruibles. En cuanto a las viviendas a construirse, la labor de la inspección es más sencilla, puesto que mediante su criterio técnico puede fiscalizar perfectamente la realización de la obra, ya visada por el organismo de Salud Pública.

Antes de librar una vivienda para habitación humana deben asegurarse las máximas garantías en el sentido que se destinará al fin propuesto.

Deberá inspeccionarse antes, durante y después de construídas a los efectos de evitar equivocaciones que puedan conducir a demoler lo hecho.

Para ello es de suma importancia que las condiciones principales de salubridad de una vivienda no sean anuladas por causas extrínsecas. Toda vecindad, capaz de poner en peligro las condiciones sanitarias del suelo, del aire o de las aguas de consumo o de riego, o que conspire contra la tranquilidad del reposo a que se tiene derecho, debe ser excluída del plan de construcción para la vivienda de familia.

Este escollo puede salvarse mediante un plan correcto de saneamiento y urbanización.

Con respecto a las construcciones insalubres dentro de los barrios urbanos y que son tan comunes, el Estado y las comunas deberán incorporar a la legislación disposiciones que permitan llegar en un tiempo perentorio a la eliminación total de los que podríamos llamar «islotes insalubres» dentro de estos radios, imponiendo tasas de alquiler que los hagan improductivos para sus propietarios, obligándo-

les así a su demolición y a construir en un plazo prudencial, pudiendo solicitar créditos del Estado destinados a ese fin, o en caso contrario a vender a precios normales.

También deberá prohibirse la venta y subdivisión en lotes de terrenos en zonas no urbanizadas ni urbanizables.

### CATASTRO DE LA VIVIENDA

Se debe superponer en nuestro organismo de Salud Pública al Casillero Sanitario de la Habitación.

El Casillero Sanitario estaría organizado en tal forma que reuniría todos los datos sanitarios referentes a todos y cada una de las casas del municipio. En las fichas figurarían su relevamiento catastral, la cubicación y población de la misma, así como su estado higiénico permanentemente actualizados por las inspecciones correspondientes, todo ello reunido en legajos compuestos por fichas.

Por ejemplo, tenemos el Casillero Sanitario de la Ciudad de Buenos Aires, dividido en secciones. Cada legajo está formado así:

1.°) de una carpeta de color determinado, en la que están indicadas la sección, la calle, el número de la puerta y el número de habitantes (habría que especificar sexo, edad y parentesco). Especifica también, por letras, si hay cloacas, fosa fija, agua corrientes, pozo natural, etc.

2.°) de una hoja con papel milimetrado en donde se dibuja el plano de la casa; además, se dejan consignados datos relativos al número de habitaciones, época de edificación de la casa, extensión del terreno y de la parte no edificada, etc.

3.°) de una hoja que se ocupa de datos relacionados con «Investigación Sanitaria» que estudiará: el sistema de eliminación de materias fecales, clase de pisos, depósitos de agua, ventiladores, letrinas, baños, cocinas, número de habitaciones, cubicación de las mismas y desagûes, etc.

4.°) de una hoja destinada a la estadística demográfica sanitaria y de desinfección.

5.°) de una hoja destinada a la investigación de la tuberculosis (aquí agregaríamos todas las enfermedades endémicas y epidémicas del país). Además de este casillero, se lleva otras fichas destinadas a la investigación sanitaria de los establecimientos dedicados a las industrias, comercio, etc., que consignan las condiciones sanitarias de estos establecimientos industriales, carnicerías, caballerizas, etcétera.

Faltaría la consignación de colegios y edificios públicos en general, para abarcar todo lo edilicio, y extender este sistema de contralor a todo el país, y tendríamos el catastro total, vale decir, el padrón estadístico completo, que actualizado diariamente con bajas,

altas o modificaciones, nos permitiría obtener datos estadísticos periódicos, exponentes principales de la marcha de la organización, así como de las modificaciones que fuese del caso imprimir a ciertos organismos mal orientados. Todo esto llevado a gráficos que permitieran tener permanentemente una visión de conjunto a los efectos de la táctica a desarrollar.

## LA ARGENTINA, EN PROPORCIÓN A SU TERRITORIO, ES EL PAIS DE MAYOR HACINAMIENTO

En un país de dilatado territorio, que abarca las latitudes más aptas para la vida del ser humano, que posee las características más diversas de terreno, con las más variadas gamas de producción: de montaña, de llanura y de ribera, que puede albergar a muchos millones más de habitantes, se ofrece el espectáculo contradictorio del hacinamiento más irritante. Para los médicos que conocen lo que es un hogar humilde, y que deben ver el cuadro que presenta una hatación de un conventillo o el rancho de campo, donde vive, en completa promiscuidad, una familia en que uno de sus miembros está afectado de una enfermedad infecto-contagiosa, no es esto una novedad, pero es necesario que lo sepan todos, para que en un esfuerzo común consigan desarraigar este cuadro humillante en la extensa patria nuestra.

Hemos dicho que la vivienda representa para un hombre que trabaja un lugar en que pasa la mayor parte del día, para los demás miembros de la familia su estada casi permanente. ¿Cómo es posible entonces que dicho lugar sea reducido y antihigiénico, contrariando todas las leyes físicas y morales?. Unicamente un olvido de los más elementales sentimientos de amor al prójimo, de humanidad, puede justificar que en el país donde sobra terreno, la gente viva amontonada en pocilgas indignas de cobijar animales.

En toda sociedad bien organizada, el Estado no puede permitir que existan clases paupérrimas, ni puede tolerar que los bienes de la vida y su goce estén reducidos a la pequeña minoría, mientras la gran masa de la población que trabaja y que produce viva en condiciones miserables. Hay que llamar a la realidad a todos aquellos que, cegados por la intransigencia, y que, desconociendo estos problemas por vivir en la opulencia, vuelvan la vista un instante y observen cómo ha vivido hasta el presente la población laboriosa. Es necesario evitar el resentimiento justificado de la clase dirigida hacia dirigentes. Asegurar al hombre que trabaja su protección en el trabajo no basta, es necesario asegurarle condiciones permanentes de habitación higiénica, decorosa y confortable. Es por eso que el problema de la vivienda tiene, para el hombre que trabaja, una importancia fundamental, desde el punto de vista higiénico, social y económico.

### PATOLOGIA MEDICO-SOCIAL DEL HACINAMIENTO

Es evidente que el hacinamiento incide en forma negativa sobre el estado de salud de la familia, tanto desde el punto de vista material como desde el punto de vista moral, lo que, aunado, hará que el precioso capital humano que representa el hombre que trabaja se desvalorice, ocacionando lógicamente un déficit económico-social del Estado.

Pasemos ligeramente en revista las cuatro consecuencias más importantes derivadas de esta situación.

### FOCO DE LA TUBERCULOSIS

La influencia que el hacinamiento en la vivienda tiene sobre la mortalidad y la morbilidad por efectos de la tuberculosis nos obliga a serias consideraciones. Está comprobado que esta enfermedad causa doble cantidad de victimas en Buenos Aires que en Londres, a pesar que el clima de esta última es mucho más nocivo, favoreciendo su desarrollo. No es una novedad ver dormir en ciertos hogares pobres y aun en la misma cama a niños pequeños en promiscuidad con adultos afectos de tuberculosis infectantes. Ya lo dijo Roberto Koch. «que el problema de la tuberculosis es una cuestión de habitación».

### MORBIMORTALIDAD

Lo dicho para la tuberculosis se repite en distintas proporciones para distintas enfermedades, según regiones del país. Las enfermedades eruptivas e infecto-contagiosas se difunden en forma pavorosa allí donde existe hacinamiento. Por otro lado, es un hecho comprobado que, mientras el hacinamiento crece en forma aritmética, la mortalidad lo hace en forma casi geométrica. Pensemos solamente lo que significa el hecho de que la mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas es cuatro veces más elevada en la República Argentina que en Inglaterra, Italia, Suiza, Noruega y Holanda (datos consignados antes de la guerra). Examinando cifras de la Dirección de Estadística del ex Departamento Nacional de Trabajo, basadas en estadísticas realizadas en el año 1936 sobre vivienda obrera, se llega a la comprobación que la mayor parte de las familias obreras, consultadas en esa oportunidad, no disponían más que de una sola habitación.

Los datos estadísticos consignados en dicha ocasión fueron los siguientes: sobre 2.986 casos consultados, 1.763, o sea el 59,4%, habitaban en una sola pieza; 882, o sea el 29,54%, en dos piezas; 254, o sea el 8.5%, en tres piezas; 87, o sea el 2,9%, en cuatro piezas.

Ahora bien, debemos considerar que el problema de la habitación se ha agravado por las causas que son del dominio público, y habiendo la población aumentado, tendremos que sacar conclusiones

evidentes que el hacinamiento debe alcanzar en estos momentos cifras alarmantes, siendo sus consecuencias directas las que estamos relatando, y a las que debemos de agregar las consecuencias morales y sociales, figurando entre las principales la delincuencia, las desviaciones sociales y la prostitución, y como consecuencia de ésta, la crisis moral del hogar, la desviación del obrero a la taberna, con su *alcoholización* y degeneración de sus costumbres, agravadas por la promiscuidad que contribuirá a la depreciación de su valor como capital humano productivo, en perjuicio de la colectividad y de la Nación.

### DELINCUENCIA Y DESVIACIONES SOCIALES

El obrero que no dispone en su casa del ambiente necesario para el reposo y la distracción, lo buscará en otros lugares que se transformarán para él, poco a poco, en el lugar de recreo. El «boliche», los despachos de alcohol, la taberna o la pulpería, se convierten en su principal esparcimiento, sin reparar en que paulatinamente se va acostumbrando su cuerpo al alcohol, con las consecuencias nefastas sobre su psiquis ya enferma por las privaciones materiales y los padecimientos morales, que entrarán a constituir un círculo vicioso que lo llevará cada vez más al desapego de la moral familiar. La taberna le hará ponerse en contacto con individuos que han caído más bajo aun, hasta llegar a la delincuencia, y el obrero no verá, cegado por el *alcohol,* el error que comete al desviar su vida, llegando a ser delincuente por el mismo camino. La taberna le hará olvidar el cuidado de su familia, la alimentación de su mujer, de sus hijos varones y de sus hijas mujeres, que sin la guía moral del jefe de la familia, y acuciados por la necesidad, tomarán el mal ejemplo, iniciándose, las más de las veces, en la *promiscuidad* del patio del conventillo, excelente escuela de delincuencia y de malas costumbres. En pocas palabres, vemos que la *desviación del obrero a la taberna* debe traer fatalmente la *crisis moral del hogar.*

### LA PROSTITUCION EN LAS COSTUMBRES DE ESA FAMILIA

Será una consecuencia lógica de este estado de cosas, allí donde no hay moral de hogar, donde el jefe de la familia que indique el buen camino no existe en estado normal, donde el mal ejemplo abunda por doquier y la necesidad apremia, fácil será que la prostitución siente sus reales, y esto, en gran parte, se deberá al hacinamiento como causa primitiva. La moral, dice un higienista de Birminghan, es una cuestión de metros cuadrados; hecho demostrado en la ciudad de Glasgow, donde después del mejoramiento de la vivienda, realizado por la Municipalidad local, el número de crímenes y delitos comunes disminuyó en un 30% a pesar del crecimiento de la población.

#### DISMINUCION DEL PODER LABORATIVO DEL OBRERO

Pero tendremos también consecuencias desde el punto de vista económico.

El hacinamiento que desvía al hombre que trabaja hacia la taberna, que lo inclina a la delincuencia y que le *hace perder el control* como piloto de su hogar, le hará perder la confianza en sí mismo y en sus propias fuerzas, y lo llevará a adquirir pasiones frente a la promiscuidad en que vive, haciéndolo indiferente a sus obligaciones; incidirá conjuntamente con todas estas consecuencias sobre su capacidad productiva, entrando a formar parte, desde ese momento, del lugar negativo en el balance del progreso del país, en detrimento de la colectividad a la cual pertenece.

## BARRIOS OBREROS CONSTRUIDOS CON CRITERIO MEDICO

La solución del problema de la vivienda para el obrero, formando barrios, debe solucionarse, no solamente en las zonas urbanas, sino también en el ambiente rural.

A la solución práctica de dicho problema deben concurrir: el Estado con una acción de estímulo, orientación y subsidiaria; el obrero con su capacidad de ahorro y deseos de mejoramiento; el capitalista industrial, en forma tal que, parte de su capital a bajo interés, llene la función social que le corresponde, y que, a la postre, lo recuperará ampliamente con el aumento de la capacidad productiva del obrero que beneficiará a su industria y, finalmente, por medio de los organismos de previsión social.

Pero la construcción de estos barrios deberá tener una orientación médico-social para llenar en forma amplia su finalidad.

El emplazamiento, elección de los materiales de construcción y disposición de los locales y dependencias de la vivienda, así como las relaciones entre ellas, y a su vez, con el centro cívico, deberán ser planeadas en forma racional. Enumeraremos a continuación estos y otros detalles de carácter técnico a tener en cuenta para la construcción de barrios obreros.

#### PRINCIPIOS GENERALES DE LA CONSTRUCCIÓN

1.º Debe proteger al individuo de las inclemencias de los agentes atmosféricos, así como asegurarle a toda vivienda una conveniente ventilación, iluminación y asoleamiento.

2.º Deberá para esto tener en cuenta los siguientes principios técnicos, considerando la vivienda en forma aislada;

*a*) Una temperatura de 18 grados centígrados, a la altura de 45 a 50 centímetros del suelo, que es la más

aceptable para un adulto sano y adecuadamente vestido.

En general, y teniendo en cuenta las variaciones térmicas en las distintas estaciones y en las diversas latitudes, puede decirse que debe haber una diferencia de 9 a 10 grados centígrados, en más o en menos entre las temperaturas externas extremas y las que reinan en el interior de las viviendas. Por eso, para ciertas regiones y en meses fríos, habrá que proveer de un sistema de calefacción que sea económico. Pero conjuntamente con la temperatura, deberá regularse la humedad atmosférica y el movimiento de aire, lo que en conjunto determinará el verdadero confort.

b) Habrá que asegurar un mínimo de 12 metros cúbicos por persona en las habitaciones en que se vive durante el día y de 15 metros cúbicos en los dormitorios. Un método práctico resulta calcular todo el volumen interno de la casa a razón de, por lo menos, 24 metros cúbicos por cada habitante. La renovación horaria de ese volumen de aire se obtendrá fácilmente por la ventilación natural a través de puertas y ventanas y por la permeabilidad de los materiales de construcción.

c) Estas condiciones, que serían normales, pueden alterarse por causas extrínsecas o intrínsecas: humedad, deficiente aireación, suciedad, aumento indebido de los moradores en forma excesiva, etc., contingencias éstas que deben llevar a realizar la vigilancia sanitaria de estas viviendas, así como la educación sanitaria de sus habitantes.

Para que la acción saneadora de los rayos solares directos se realice en forma normal, así como para obtener una iluminación difusa y constante de los interiores, se orientará el edificio en forma tal que permita la entrada de la luz solar directa en horas de la mañana. Una buena iluminación material difusa deberá alcanzar el poder de 6 bujías (pie americanas) o sea algo más de 60 lux; lo que se obtiene con una superficie iluminante de ventanas igual a un 15 % de la superficie del suelo, siempre que sea claro el color de las paredes y que no haya objetos que impidan dicha iluminación, en cuyo caso deberá aumentarse la superficie de las aberturas. Este inconveniente se puede subsanar disponiendo las viviendas con criterio urbanístico. También es de tener en cuenta el dar el máximo de iluminación natural, mediante la orientación apropiada, sobre todo, a las habitaciones donde se vive durante el día, orientando las ventanas hacia la bóveda celeste que da una luz so-

lar reflejada. Este es el mismo criterio que hay que sostener para los locales de trabajo.

Se debe asegurar una vivienda tranquila, ubicada y construída en forma tal que evite la molestia de los ruidos. Una correcta política urbanística, así como el empleo de materiales malos conductores del sonido, evitarán dichas molestias.

La distribución de habitaciones y dependencias de una vivienda, y la superficie de que disponga en su interior cada habitante, deberá facilitar una vida familiar normal y evitar los inconvenientes sanitarios y morales del hacinamiento.

Para conseguir esto, se deberá evitar que una habitación sea ocupada por más de dos personas adultas. De uno a 10 años debe considerarse media persona. Pues bien; al hacer la construcción, se deberá calcular el número de habitaciones sobre esa base, pero teniendo en cuenta la separación de sexos en niños mayores de 10 años y personas mayores solteras.

Los servicios comunes de la casa deben ser accesibles desde cada una de las habitaciones.

La distribución de las dependencias deberá facilitar la labor del ama de casa.

Las viviendas deberán disponer de espacios abiertos para juegos infantiles, debiendo proveerse en las barriadas de casas individuales, así como en las casas colectivas, de un mínimum de cuatro mil metros cuadrados para cada mil habitantes.

Deberán tener provisión de agua potable en proporción no menos de cien litros por día y por persona; dicha agua deberá estar bajo un estricto contralor sanitario periódico, en sus condiciones físicas, químicas y biológicas.

Dispondrán de un sistema de eliminación de aguas residuales instalado en cada vivienda, debiendo la cloaca interna tener condiciones técnicas que eviten las molestias que esas aguas puedan ocasionar a los habitantes, así como la contaminación eventual de la canalización de agua potable.

La eliminación ulterior de las aguas residuales deberá ajustarse a un procedimiento que asegure su inocuidad para los terrenos, las napas de aguas subterráneas, y para los cursos de agua de la zona de influencia de la fuente o fuentes de agua de consumo.

Se deberán evitar los inconvenientes sanitarios ocasionados por los establos, estercoleros, gallineros, etc., para lo cual se adoptarán procedimientos de construcción higiénica.

### Casas individuales y no de estilo uniforme

Las casas individuales tienen sobre las de estilo y construcción uniforme las siguientes ventajas:

1.° Son adaptables a las necesidades familiares y al número de sus habitantes.

2.° Son más agradables a la vista.

3.° Pueden contemplar en la ejecución de sus planos una futura ampliación.

### Planos en que se prevea la futura ampliación por crecimiento de la familia o prosperidad del jefe

A esto nos referimos en el tercer punto anterior. Es evidente que dentro de los barrios obreros vivirán también muchos de ellos con capacidad económica más desahogada o bien matrimonios cuya prole aumenta de año en año; en ambos casos es de tener en cuenta, al confeccionar los planos, prepararlos en tal forma que contemplen una posible ampliación.

### Terreno amplio

El terreno deberá ser bien amplio, para asegurar lugar de recreo, quinta jardín, así como la posibilidad anterior. Los lotes no se permitirán en la forma actual, debiendo tener el ancho de dos lotes (de 20 metros de frente por lo menos).

### Costo, de acuerdo al salario mínimo vital de cada zona

El costo de la vivienda para obreros no debe insumir más del 20 % del salario mensual.

Podría encararse, momentáneamente, la provisión de dos clases de casa habitación para obreros: la individual en propiedad y la colectiva de departamentos en alquiler o en propiedad también.

La primera debe obtenerse con los recursos de que pueda en cada caso particular disponer el interesado, en función de sus entradas y del costo de la vida, pero siempre manteniendo la cuota en lo posible cercana a la suma que se abone por locación.

Para la segunda, cuyo costo sería más económico, se debe encarar su construcción, para los casos en que no pueda subvenir a la cuota mensual de adquisición, y sí sólo a la cuota reducida en concepto de alquiler.

A medida que el costo de la construcción fuese disminuyendo, podrían ir encarándose las construcciones individuales para propiedad de todos.

Nadie puede negar mérito al higienista y médico de Córdoba Dr. Juan Caferatta, a quien el país le debe la ley 9.677, y por la cual se creó la Comisión Nacional de Casas Baratas. No hay duda que fué él, quien marcó una etapa en la historia de las construcciones para obreros, pero posiblemente hubo factores que no permitieron llevar adelante tan magna obra en la forma que el concibió.

La ley 9.677 dice que las casas construídas se venderán a precio de costo, por sorteo y exclusivamente a obreros, jornaleros o empleados con familias cuyos antecedentes de buena conducta y falta de recursos fueran probados. Ahora bien: las 158 casas construídas salen a un término medio de 15.476 $ cada una, las cuales deben ser pagadas con una cuota equivalente al 8 % del costo de la casa, correspondiendo el 5 % de esa cuota a la amortización del capital invertido y el 3 % como servicio de interés. El 8 % sobre el valor total importa un servicio mensual de $ 100.—, lo cual es imposible que pueda pagarlo un obrero y que sólo sería factible para entradas de quinientos pesos como mínimo; ahora bien, si se tiene en cuenta que algunas de esas casas han llegado a $ 21.000 lo cual exige $ 140 mensuales, se comprenderá que esas no son casas baratas y por lo tanto no las puede pagar un obrero.

Es por ello que tócale a este Gobierno solucionar esta situación adoptando la única aptitud que cabe y que está manifestada en uno de los considerandos del Decreto Ley 11157 del 6 de junio de 1946 que dice: «que los recursos de dicho fondo se han de invertir a una tasa de interés y tipo de amortización que permita establecer una cuota de adquisición o locación accesible a los sectores del pueblo que se desea servir, aunque ello implique un déficit de financiación que pueda y debe ser absorbido por la economía general». Por dicho Decreto Ley se crea la Administración Nacional de la Vivienda a la cual se le encarga la tarea de levantar 20.000 viviendas por año en la República e invertir en 20 años cuatro mil millones de pesos.

Es evidente que se está frente a una situación llena de dificultades económicas y de todo orden, pero es evidente también que todo sacrificio que se haga para el pueblo laborioso y constructor de la nacionalidad será justificado. El plan elaborado por la Secretaría de Trabajo y Previsión permitirá transformar en una realidad el que todos los obreros argentinos cuenten con su casa propia.

### Minimo de confort en el moblaje

Se deberá aprovechar en lo posible todo lo que se pueda hacer embutido en las paredes en forma de «placards». Esto tiene una triple finalidad: economía de moblaje, comodidad que dá el lugar libre, y paredes económicas. Además, son más higiénicas.

Deberá ofrecer al obrero descanso reparador.

### Servicio social de las decoraciones de interiores (confort y educacion)

El organismo oficial debe de preocuparse también, mediante consejos útiles, de orientar en el sentido de que los decorados interiores de las casas sean hechos con criterio higiénico, aunque dentro de él,

tener en cuenta de que sean agradables a la vista, con colores suaves, y concordantes con el uso que se les va a dar a las habitaciones.

Por ejemplo: algo muy necesario es que las habitaciones de los niños tengan decorados instructivos y morales que en muy poco ha de aumentar el costo y que dejarán un sedimento útil.

Las decoraciones no deben, en ningún momento, estar reñidas con el confort ni con la sencillez; ya lo dijo Ruskin que ésta es la madre de la elegancia.

### Centro Cívico del Barrio

Con la concentración higiénica de grandes conjuntos de viviendas, ya sean individuales o colectivas, se obtienen ventajas de orden económico y social, así como de orden estético. No cabe duda que la densidad de población de un barrio así constituído, facilita enormemente el suministro económico de los servicios urbanísticos y sociales necesarios. Todo barrio obrero construído con criterio médico-social deberá disponer de un Centro Cívico, por cuyo medio se les dará a sus habitantes la sensación de su personalidad dentro de la grandeza del país, ya que los estimulará a superar lo que otro barrio vecino tenga y en su ansia de superación no escatimarán medios para conseguirlo. Un Centro Cívico estará constituído por un conglomerado de edificios públicos, sociales, asistenciales y recreativos para ese barrio.

La simple constitución de comisiones, elegidas entre los habitantes del mismo, hará que ellas al irse sucediendo quieran aportar más progreso a las partes integrantes del Centro Cívico, que en realidad pasará a ser el eje sobre el cual girará toda la organización social de esa colectividad.

El Estado será el encargado de orientar, por medio de sus organismos y por la propaganda de divulgación científica, así como por la ayuda oficial en base a subsidios o premios estimulantes, la buena marcha de todas las actividades que se desarrollen dentro de los Centros Cívicos. *La biblioteca* estará compuesta de obras morales e instructivas, libros cuya lectura sirva para esparcimiento sano de la población, y en donde puedan los habitantes superar su ilustración. A ellas por un fenómeno normal y muy común en colectividades pequeñas y en donde todas las personas se conocen, irán concurriendo cada día más obreros para aprender y así poder alternar con los más instruídos, afán de superación del cual no se pueden poner en duda los resultados. Las autoridades, por medio de conferencias, deberán atraer simpatizantes.

### El cine y el salón de conferencias

Llena también una función social muy ventajosa: todo depende de cómo se encare. Deberán proyectarse películas que sean aptas

para todas las edades y que, al mismo tiempo que solasen el espíritu de los concurrentes, enseñen y corrijan.

Deben tender a demostrar siempre el triunfo del bien sobre el mal, de lo moral sobre lo inmoral; y debe también intercalar en su rodaje consejos médicos sobre higiene y moral familiar: pueden también ser el *centro de reuniones sociales* que sirva de recreo para las familias constitutivas del barrio, así como de los barrios vecinos. Este mismo cine podrá servir de salón de conferencias, en donde el Estado, por medio de sus organismos técnicos, podrá hacer divulgación científica, así como enseñar instrucción cívica, etc.

### Comercios cooperativos

La instalación de estos comercios cooperativos que pueden funcionar en forma mutual para la adquisición de artículos de consumo, ropa, alimentos, etc., está comprobado que ofrece enormes ventajas a los adquirentes, dado que funcionan con gran éxito en muchas colectividades que agrupan a empleados u obreros de tal o cual industria. Nada hay que impida hacerlo con igual ventaja en estos barrios obreros. Solucionará gastos de tiempo y de dinero; asimismo contribuirá al progreso del barrio, protegiendo al comercio local.

Llevará también otra misión social evitando que el hombre distraiga en vicios el dinero correspondiente a las necesidades familiares.

### Dispensarios materno-infantiles

Facilitarán la atención médica de la madre y del niño recién nacido, llenando, además, una función social cual es vigilar su desarrollo en la edad más peligrosa de su vida.

Hará puericultura en las 4 etapas: preconcepcional, prenatal, natal y posnatal.

La puericultura preconcepcional deberá dedicarse a la madre, prestándole todo el apoyo antes de la gestación. Esta protección deberá ser mayor si la mujer es obrera que trabaja fuera de su casa, y cuyo trabajo puede hacer peligrar su gestación. Debe ocuparse este dispensario también del estado prenatal para que el ser que está por nacer no peligre; debe guiar a la madre en el período natal asistiendo a su parto y, sobre todo, tiene una misión muy delicada que cumplir, que es el cuidado del niño por lo menos hasta los 18 meses, cuidando que su alimentación sea la adecuada y que su desarrollo sea perfecto. Para ello tendrán que funcionar las *salas-cunas* para cuidar y alimentar a los niños durante las horas de trabajo de las madres. Cuando el niño ya está en edad de poder corretear, es necesario sacarlo de la calle: una institución que puede solucionar esta situación en familias en que los padres trabajan, es el *jardín de infantes*, que sería perfectamente aplicable en pequeño a estos barrios.

## PISCINAS

Ofrecen un motivo de recreación y de deporte, inclinando a la población joven hacia la vida sana. Su instalación es económica cuando se hace por el esfuerzo mutuo.

## LAVADEROS Y BAÑOS COLECTIVOS

Solucionarán estos lavaderos colectivos, así como los baños concentrados, sobre todo, la situación de aquellos barrios obreros en que la provisión de agua no sea suficientemente abundante.

## COCINA CENTRAL PARA ALIMENTACION DE NIÑOS

Esto tiende a solucionar una nueva situación que se plantea muy a menudo y que son los errores alimentarios en los niños, y que pueden llevarlos a trastornos de su estado general, de sus funciones y de su crecimiento, y que, aunque no son estados de enfermedad clínicamente reconocibles, pueden incidir directamente en el estado físico del futuro hombre, haciéndolo un capital humano desvalorizado.

Al estado le compete cuidar, dentro de las colectividades y, sobre todo, en ciertas zonas del país que no se produzcan estados carenciales por alimentación inadecuada. En estas cocinas centrales se cuidará de preparar regímenes y alimentos que serán hechos con criterio médico dietético y, al mismo tiempo, servirán de medio eficaz para que aquellas madres que, por razones de trabajo no pudieran preparar como corresponde las comidas de sus niños, pudiesen adquirirlas en esos locales.

El Centro Cívico del barrio podría tener otras actividades, además de las enumeradas, pero esto estaría condicionado al progreso del barrio mismo.

## CONSTRUCCION A CUATRO VIENTOS CON CRITERIO ESTETICO

Las viviendas deberán estar orientadas en tal forma que aprovechan del aire y de la luz en todos sus principales locales. Se tendrán en cuenta las características climáticas regionales, pero se cuidará la estética, base de toda buena urbanización.

## ADAPTACION AL ESTILO Y MATERIAL REGIONAL

Se deben sintetizar los procedimientos de edificación en lo que se refiere a la diversidad de climas, materiales de construcción regionales y recursos, teniendo en cuenta que las construcciones se adapten al contorno del paisaje lugareño, favoreciendo así, el estilo autóctono y abaratar, como lógica consecuencia, el costo de la vivienda.

FINANCIACION

Existen varias formas para realizar la financiación. Ella puede estar *a cargo del Estado,* por medio de préstamos.

La amortización no debe exceder de 4 jornales por mes (aproximadamente 20 % del S.V.M.); pero, juntamente con la cuota mensual para la adquisición de la casa, debe establecerse: *a)* el seguro de incendio; *b)* el seguro de vida que debe ser decreciente con prima mínima, y *c)* el seguro social nacional.

*Por préstamos de los industriales a los obreros con la garantía de la propiedad y de la construcción.*

Esta forma facilitaría la agrupación de barrios obreros cercanos a las industrias a que aquéllos pertenecen, con evidentes ventajas para los trabajadores, que estarían cerca de sus actividades, sin el inconveniente del traslado dificultoso y la pérdida de tiempo y reposo, al mismo tiempo que crearía un acercamiento espiritual entre el patrono y obrero, facilitando, al primero, el comprender los problemas creados dentro de las familias de los segundos y tratando de solucionarlos con la colaboración del Estado. Por otro lado, el industrial recibiría el beneficio de tener un material humano de trabajo sin preocupaciones derivadas de la mala vivienda, que ya las hemos enumerado en otro lado, y que redundaría en su mayor rendimiento con la consecuencia lógica del progreso de la industria.

Claro es que, para que esto fuera una realidad, deberá procederse a hacer comprender al industrial el beneficio que esto le significaría desde el punto de vista material y que, de todas maneras, estaría cubierto con la garantía de la propiedad y de la construcción.

Otra forma de financiación serían las *uniones sociales* que podrían ser en *cooperativas o mutualidades.*

En fin; hay muchas formas de financiación, y el Estado puede y debe hacer frente a una situación que reclama pronta solución, debiendo ser el principal financiador. Repitiendo palabras vertidas en el Plan Quinquenal por el Excelentísimo señor Presidente de la República, en la parte relativa al problema de la vivienda, queda explicado convenientemente, en forma general, cómo debe encararse, dice: «El simple juego de la oferta y la demanda, procurando que aquélla sea superior a ésta, ha de resolver gran parte del problema, por lo cual me atrevo decir que no se puede proceder con un criterio unilateral, sino con un sentimiento multiforme», y agrega: «Se debe fomentar la edificación de viviendas de todas clases, lo que no ha de ser difícil, porque la propiedad inmobiliaria es considerada como la inversión de dinero más segura. Uno de los medios de fomento que siempre ha dado resultado, ha sido la reducción o la exención de impuestos por un número de años, a quienes edifiquen en determinada zona y con ciertas condiciones».

«Se ha de promulgar también una ley que obligue a todos los propietarios de explotaciones industriales, agrícolas, forestales o pecuarias, situadas a más de determinada distancia de un núcleo urbano, a proporcionar vivienda en las condiciones previamente determinadas a todos los trabajadores. Claro es que esta forma se ha de referir a las explotaciones con suficiente capacidad económica».

«Coordinar la actuación de la Administración Nacional de la Vivienda con el Banco Hipotecario y las diversas Cajas de Jubilaciones que integran el Instituto Nacional de Previsión, a fin de que como medio de inversión de reservas, tracen planes de préstamos para la construcción de barriadas de casas baratas, es otro de los objetos que han de ser alcanzados; así como también el fomento de préstamos para la propiedad horizontal entre determinada clase de trabajadores».

La realización de las ideas contenidas en los párrafos precedentes los concreta en el inciso c) del Plan que a continuación detalla y que dice: «Conjuntamente con la Administración Nacional de la Vivienda, el Banco Hipotecario y el Instituto Nacional de Previsión, se habrá de elevar al Poder Ejecutivo un proyecto de inversión de fondos y reservas con destino a la construcción de barriadas de casas baratas para obreros unas y para empleados otras».

Y por último, formula en el proyecto de Ley de Bases en su número VII lo siguiente: «El Instituto Nacional de Previsión Social, la Administración Nacional de la Vivienda, el Banco Hipotecario Nacional o el Organismo especial que pudiera crearse, formularán, dentro del plazo de sesenta días, un plan de construcción de viviendas domésticas, mediante la aplicación de fondos y de inversión de reservas con arreglo a sus normas estatutarias».

## VIVIENDA EN LAS CIUDADES

El problema de la vivienda en las ciudades cobra cada día mayor importancia, dado que, a medida que la situación del hombre de campo se ha ido agravando, fué aumentando el éxodo del campo a la ciudad en busca de una quimérica mejoría y que, en realidad, sólo lo conducía a un ambiente de hacinamiento, de hostilidad y de miseria. Pero este éxodo, siendo la consecuencia de la falta de recursos en el ambiente rural y de la falta absoluta, hasta hace poco, de protección oficial al agricultor, se justificaba plenamente.

Hoy debemos tratar que ambos problemas, el del campo y el de la ciudad, se solucionen concomitantemente para que así vuelva a repetirse el éxodo, pero en sentido inverso, con un nuevo aporte, el de la inmigración, que deberá únicamente pasar por nuestras capitales, para radicarse en nuestros ricos y fructíferos campos, que

están ávidos de ser trabajados para dar todo lo que en potencia tienen acumulados.

Debemos, para ello, dar higiénico y seguro albergue a todo hombre que trabaja nuestra tierra, puesto que él será una célula útil en nuestro gran organismo nacional.

Es sólo por seguir un orden de exposición de problemas que trataremos, primero, la vivienda en la ciudad.

### CAMPAÑA SANITARIA CONTRA EL CONVENTILLO

Ya lo dice uno de los considerandos del Decreto Ley 11.157 de junio 1945: «Que para ser posible la eliminación progresiva de las viviendas inadecuadas, insalubres y peligrosas, para que la locación de tugurios infectos y conventillos vergonzosos, cese de constituir un negocio lucrativo y como complemento del plan de construcciones a desarrollar, conviene crear el instrumento legal efectivo que permita la clausura definitiva de aquéllos».

Todos sabemos la mancha ingnominiosa que representa en la higiene pública de un país la existencia de estos lugares de promiscuidad, donde al hacinamiento y a la falta de ventilación, se suma al espectáculo indecoroso. El espíritu de un obrero que mora en una vivienda de esta naturaleza se sentirá deprimido, en forma tal, que buscará en la taberna su consuelo. Sumado a todo esto, el patio del conventillo, excelente escuela de robo, crimen y prostitución, constituye parte de esa mancha ignominiosa para nuestro país joven y pujante. Debemos borrar dicha mancha en forma definitiva.

*Las soluciones* están en dar vivienda higiénica y racional y, mientras tanto, ir cumpliendo el programa de construcciones, modificando y saneando lo saneable, mediante una campaña sanitaria activa, respaldada por un instrumento legal efectivo y libre de mecanismos burocratizados para poder actuar con la eficacia que esto requiere.

Dar vivienda higiénica y racional, palabras que encierran una cantidad enorme de problemas complejos a resolver, pero a los cuales habrá que darles solución definitiva.

Ya se ha encarado la construcción de *casas colectivas* y de *casas baratas*. Es al doctor Juan Caferatta a quien le debemos la ley 9677, por la cual se creó la Comisión Nacional de Casas Baratas. No hay duda que esta fué la semilla que empezó a germinar, y que si sus resultados no fueron los que se hubieran deseado, como se dice en otro lugar, no hay duda que marcó una etapa brillante en la solución de estos problemas. Sabemos también que instituciones como el Hogar Ferroviario; Y. P. F.; Municipios e Instituciones Benéficas, mucho hicieron en ese sentido.

Tócale hoy a este Gobierno emprender esta lucha integral; es para ello que se sancionó el Decreto Ley 11.157 del 6 de junio 1945 por el cual se crea la Administración Nacional de la Vivienda.

Con el mismo fin deberá encararse la construcción de *barrios obreros* de lo que ya tratamos en otro capítulo.

En cuanto a la propiedad horizontal para *clases socialmente parejas y gremios en centros industriales;* si bien es cierto que resulta económica por la inversión menor en terreno, será una conquista próxima de nuestra sociedad que deberá implantarse previa una educación conveniente.

## Disminuir costo de materiales de construcción y facilitar la importación de los mismos

Para esto nos remitimos al inciso h) del decreto ley 11.157 en la parte donde se refiere a las atribuciones en el Consejo Directivo de la Administración Nacional de la Vivienda y que dice: «Aprobar las bases de las licitaciones para construcciones, compra de materiales, contratación de servicios y suministros de especies o efectos; adjudicar dichas licitaciones y suscribir los convenios necesarios, pudiendo asimismo realizar las obras por vía administrativa. En la adquisición de materiales se dará preferencia a los de producción nacional y local, en igualdad de condiciones y precio».

Contribuiría también al mismo fin la instalación de *fábricas del Estado,* aprovechando su instalación en los sitios de producción de las materias primas, así como con ramales de ferrocarriles del Estado para asegurar el traslado y abastecimiento de los materiales de construcción.

## FACILITAR LA IMPORTACION DE LOS MATERIALES DE CONSTRUCCION

Aunque es recomendable para cada país la utilización de las materias primas regionales y elementos constructivos de producción nacional, será conveniente también el intercambio de materias primas con otros países, con vista a no entorpecer el abaratamiento de la construcción.

Pero también será necesario para este mismo fin tendiente a la solución lo más rápida de este candente problema:

1.º — El empleo de equipos mecánicos, que permitan la colocación rápida y precisa de los materiales en obra.

2.º — Que el Estado ampare la fabricación de materiales artificiales a base de materias primas de resistencia adecuada: incombustibles, impermeables, aisladores térmicos y acústicos, livianos y de fácil manipuleo, muchos de los cuales se podrían importar y otros fabricar en el país.

### COORDINACION CON TRABAJO Y PREVISION Y OBRAS PUBLICAS

Es evidente que, para la feliz solución de estos problemas, debe forzosamente, Salud Pública, contar con la entera colaboración de la Secretaría de Trabajo y Previsión, así como con el Ministerio de Obras Públicas para, en perfecta coordinación de acción, poder dar esa solución a ellos.

### FOMENTO DE LAS CONSTRUCCIONES PRIVADAS

En ciertos sectores de la población, por ejemplo, la *clase media*, constituída en su mayor parte por empleados nacionales y particulares, deberán fomentarse las cooperativas de construcción como medio más económico de dotarlos de viviendas higiénicas y próximas al lugar de sus ocupaciones. Es importante despertar y mantener el hábito del ahorro destinado a la adquisición de la *casa propia*, teniendo en cuenta que ya pronto no se justificará el ahorro para pasar la vejez cuando todos los trabajadores tengan asegurada la jubilación a que son acreedores.

### PRESTAMOS HIPOTECARIOS LIBERALES

Otra de las formas sería el préstamo hipotecario, otorgado en forma liberal, para no desequilibrar el presupuesto familiar.

### FACILITAR PLANOS Y PROYECTOS Y DAR CONSEJOS TECNICOS

El Estado deberá facilitar planos y proyectos por medio de sus organismos especializados y dar consejos técnicos sobre construción e higiene de la vivienda. Deberá estimular el perfeccionamiento de la industria de la construcción en lo referente a producción de materiales y métodos constructivos, con investigaciones, estudios de costos, realizar planos en base a ellos, y contribuir a la formación del personal obrero especializado y de conducción y administración de obras mediante cursos especiales, premios, concursos y propaganda.

### REBAJA DE IMPUESTOS

Este es un resorte que está, en forma fácil, al alcance del Estado y que, aparte de la economía que representaría en la construcción privada, significaría un estímulo para la misma.

### VIGILANCIA SANITARIA DE LOS EDIFICIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS

Deberá ser ejercida por personal técnico, dada la responsabilidad que ello significa, y las normas a cumplir deberán estar especificadas en un *Código Sanitario de la Edificación* a los efectos que su cumplimiento esté respaldado con fuerza de ley. Este Código

Sanitario de Edificación deberá contener un articulado completo, proveniente de un estudio exahustivo del *Régimen Higiénico* a aplicar en los edificios.

Este mismo Código deberá tener un articulado que discrimine la *caracterización de los edificios por regiones*, según situación *geográfica, clima, economía de la zona, tradición* y *hábitos locales* y *topografía del terreno.*

Ahora bien; la vigilancia sanitaria de los edificios públicos y privados debe estar sujeta a ciertas reglas que, bien cumplidas, han de rendir un gran resultado en la labor a que se aboquen los organismos técnicos para el mejoramiento higiénico y sanitario de la vivienda.

Deberán clasificarse las viviendas deficientes en tres grupos:

1.° Viviendas susceptibles de conseguir, mediante la instalación de obras sanitarias, las condiciones higiénicas mínimas.

2.° Viviendas que, sin llegar a lograr este mejoramiento, puedan tolerarse si se realizan en ellas obras de compensación sanitaria que transitoriamente las hagan habitables.

3.° Viviendas malas, incapaces de ser corregidas y que deben clausurarse o demolerse.

Las visitas de inspección realizadas por el médico o agente inspector que se ocupará de extender la ficha correspondiente, le permitirán, con su criterio técnico, hacer la anterior clasificación y, respecto a las viviendas malas, mediante un informe, propondrá las medidas más convenientes a los efectos de reemplazarlas por otras nuevas.

Si este problema ha de ser resuelto en forma definitiva para bien del futuro sanitario y social del país, deberá de llevarse a cabo a toda marcha, sobre la base de informaciones bien hechas en cada localidad con el objeto de ir sustituyendo por casas nuevas las muchas inhabitables existentes. Este es el caso que se nos presenta en la Boca, donde, en realidad, la casi totalidad de las viviendas funciona contraviniendo las más elementales normas de higiene y salubridad, en donde hasta el suelo en que se asientan las viviendas no tiene el nivel que le corresponde, donde los desagües no son suficientes, donde la mayoría de las casas no posee los servicios sanitarios reglamentarios ni mucho menos, donde las construcciones de madera están en un estado precario y cuyos pisos inferiores deben ser sostenidos por pilares destinados a solucionar los peligros de las inundaciones, tan frecuentes durante las sudestadas y producidas por el mal nivelamiento y la falta de desagües, donde en los recovecos del maderamen que sostiene a estas edificaciones pululan las ratas, siendo este un peligro latente de peste en pleno foco edi-

licio de nuestra gran capital, peligro cada día mayor si se tiene en cuenta que es a esta barriada a la orilla del río, a donde llegan múltiples barcos de los más alejados países, muchos de ellos que acaban de pasar una guerra, trayendo y llevando, dentro de sus bodegas, mercaderías y con ellas ratas que, a no dudarlo, podrían portar pulgas pestígenas. Cierto es que tenemos un organismo sanitario responsable que usa sus conocimientos técnicos con acierto en la acción de desratización y desinsectización; pero la verdad es que la mancha edilida existe en el perímetro de nuestra gran capital.

¿Por qué esta situación no ha tenido solución? No es del caso analizar lo que no se pudo realizar en el pasado; debemos vivir el presente y trabajar para el futuro. Quédanos la tranquilidad de que pronto la urbanización del barrio de la Boca será una realidad. Asi lo han prometido las autoridades municipales de nuestra gran ciudad y así se ha de cumplir.

Peor, en grado superlativo, es la situación de las viviendas en ciertas zonas del país, si es que puede dárseles el nombre de viviendas. Es por ello que la vigilancia de las mismas será una tarea muy ardua y que deberá estar regida por el citado Código de Edificación. Por ejemplo: en los casos de viviendas capaces de adquirir las condiciones higiénicas mínimas, se deberán ordenar las obras necesarias, adaptándose su mandato a las posibilidades *económicas,* a la disponibilidad de materiales, sin olvidar la época del año que convenga considerar, teniendo en cuenta las condiciones climáticas, así como las topográficas.

Cuando sean muchas las obras ordenadas, y no sea posible ejecutarlas en plazo breve, se deberá establecer el orden de relación de acuerdo a la importancia sanitaria de cada una.

Ahora bien, si se tratara del primer grupo de viviendas, es decir, aquellas donde sólo puedan conseguirse modificaciones compensadoras, podría figurar en la ficha, con el concepto de «a substituir en el futuro», pero mientras tanto, si es posible modificar su insalubridad en bien de la higiene de sus moradores, deberán ordenarse las mejoras mínimas. No existe la menor duda que cada vivienda planteará un problema distinto al médico inspector, que deberá tratar de resolverlo inspirándose en su buen juicio y en los conocimientos higiénicos que posea. Por ejemplo, la deficiencia de cubicación se compensará aumentando la superficie de ventilación o estableciéndola si carece de ella.

Son funciones, también inherentes al médico inspector que realiza la vigilancia sanitaria, aconsejar y tratar de aconsejar a las gentes los métodos sanitarios que juzgue convenientes; por ejemplo, que usen como dormitorios las habitaciones de mayor capacidad y ventilación.

No debe de olvidarse, al inspeccionar las viviendas, que se debe establecer una relación entre continente y contenido; es decir, entre las habitaciones de que la vivienda consta y la capacidad de cada una de ellas, con respecto al número de personas que en ellas se alojan. Lo mismo en lo que respecta a la separación de los lugares donde se alberguen animales.

Cuando se produzca movimiento de inquilinos, el dueño del inmueble debe estar obligado a solicitar de las autoridades sanitarias el permiso correspondiente, vale decir, el visto bueno sanitario, sin cuyo documento la vivienda no debe ser ocupada. Lo mismo debe observarse al habilitar una obra.

De lo dicho se deduce la alta misión que desempeña el médico inspector que tendrá toda la fiscalización sanitaria de un sector a su cargo y que, respaldado por un Código Sanitario con fuerza de ley, podrá cumplir una labor higiénica de trascendencia en forma efectiva.

## VIVIENDA EN EL CAMPO

Hay urgente necesidad de cambiar por completo las condiciones actuales de la vivienda en los medios rurales, y mejorar las mejorables para que puedan ser «habitadas por personas».

Esta situación no ha tenido aún solución, ni la tendrá mientras no exista un concepto bien arraigado de lo que significa una vivienda higiénica en el progreso de una colectividad, concepto que deberá ser comprendido por obreros, agricultores y patrones. Tanto del punto de vista moral como material, la vivienda higiénica y suficiente, significa uno de los factores más importantes en la protección del capital humano y conservación perfecta de su capacidad de producción.

Pero, para que esto sea posible, debemos actuar, por lo menos, desde cuatro ángulos: 1.° Educación sanitaria de la clase dirigida, pero también de la dirigente. 2.° Extirpación del alcoholismo en forma terminante y con leyes que puedan hacer efectiva la lucha (mientras el hombre de campo gaste en alcohol no gastará en ladrillos). 3.° Créditos baratos y a largos plazos y métodos destinados a solucionar la situación económica del agricultor. 4.° Legislación, disposiciones y reglamentos que permitan una aplicación eficaz de estos créditos a la vivienda.

La vivienda rural, tal como generalmente la concebimos en el territorio de nuestro país, tan dilatado y de tan distintos ambientes y costumbres, así como de distintas características regionales, podrá ser una realidad si los planes se confeccionan después de un estudio de las costumbres locales, de las condiciones económico-sociales y teniendo en cuenta las características geológicas y climá-

ticas de la región, lo que permitirá insumir menor costo por el aprovechamiento de los materiales de la zona, siempre que esto sea posible.

Debemos reparar también que una enorme extensión de nuestro país está deshabitada, por lo cual el problema deberá encararse en forma global, con el establecimiento de industrias explotadoras de productos regionales, en forma tal, que no se vayan amontonando, sino extendiéndose, y procurando que todos los obreros empleados en ellas construyan sus viviendas, que entrarían a formar pueblos modelos, habitados también por agricultores de la zona, así como de comerciantes y proveedores. Esta forma de construcción de la vivienda estaría asegurada por medio del crédito concedido por el capital privado, por el Estado o por ambos a la vez, por convenio mutuo, pero siempre en base a que la única ganancia que percibiría el Estado o el particular, sería el haber conseguido un capital humano productivo como consecuencia directa de ponerlo en condiciones óptimas para ser útil en su desempeño. Desde ya, esta situación traerá, en corto plazo, un desarrollo mayor de las actividades a que está destinado dicho capital humano, de lo que se deduce que todo lo que han hecho el capital privado y el Estado en favor del trabajador, le redituará ampliamente para bien de la colectividad y cada uno de sus componentes.

La comprensión de esta realidad es lo que puede alentar en ese sentido a los patrones y a esto debe tender la educación de los mismos.

En cuanto a la educación popular, tendrá como principal fin combatir el alcoholismo, la indolencia y fomentar el amor al hogar, prometiéndoles una vivienda digna donde poderlo formar. Dicha educación podrá divulgarse por medio de películas, affiches, conferencias y altoparlantes. El alcoholismo deberá extirparse en forma compulsiva, llevando la acción más enérgica contra los dueños de tabernas que permitan borrachos en ellas, hasta llegar a clausurárselas definitivamente.

### COMBATIR LA INDOLENCIA Y LA INCURIA

Evidentemente que esto es importante, pero no debemos olvidar que ellas también son el fruto de la hipoalimentación en organismos minados por enfermedades endémicas o taras morales y agravados por la alcoholización.

Se combatirá desde la infancia del individuo en las nuevas generaciones, creando escuelas-granjas que preparen a los concurrentes desde su edad escolar, en la enseñanza de las actividades a que se piensan dedicar al llegar a la adultez, no impidiendo esto que exista también la orientación profesional de acuerdo a las posibilidades físicas y psíquicas de cada uno.

En la actualidad, el material humano es tomado oficialmente por el Estado en el momento del servicio militar, cuando realmente poco se puede hacer por él si su personalidad está mal encauzada.

CONDICIONES GENERALES

Para que una vivienda de campo sea perfecta, debe poseer condiciones generales que sería muy largo enumerar, pero que deberán tenerse en cuenta. Las características locales, climáticas, topográficas, costumbres regionales, etc., son condiciones a observar, puesto que ellas facilitarán la adaptabilidad de los habitantes a la vivienda. Débese también tener en cuenta los materiales de la zona, a los efectos del menor costo, así como para evitar el largo acarreo con todos sus inconvenientes económicos.

PROPIEDAD DE LA TIERRA

Influirá esto en la mente del trabajador que, al saberse futuro dueño de su parcela, dedicará sus desvelos para que su condición de propietario se extienda a la vivienda; pero para esto hay que terminar con el latifundio inhumano e injusto.

FACILITAR PLANOS GRATUITAMENTE

Los organismos abocados al estudio de la vivienda por medio de sus técnicos, deben confeccionar planos para facilitar gratuitamente a aquellas personas que lo soliciten, así como instituciones técnicas de construcción, teniendo en cuenta que deberán adaptarse a las posibilidades económicas, zonas, factores climáticos, endemias, etc.

Adjunto a los planos, y siempre teniendo en cuenta las características climáticas regionales, materiales de la zona, gustos, etc., se darán consejos técnicos y gratuitos sobre: emplazamiento, según naturaleza del suelo, orientación, materiales de construcción, técnica de la construcción, protección contra la humedad, construcción y material a emplear en suelo, techos y tabiques interiores, terraza descubierta, revestimiento de muros y tabiques, decoraciones y pinturas, aireación y ventilación, etc.

Todos estos consejos será necesario darlos, a los efectos de impedir el hecho muy frecuente, de querer edificar viviendas en un estilo no adaptable a la zona, con material inadecuado a la misma y en lugares no aptos para su edificación, lo que redunda, fatalmente, en perjuicio del agricultor que no ha consultado a este respecto. Por ejemplo: el emplazamiento al cual nos referimos tiene una enorme importancia, puesto que ello permitirá no ubicarla en terrenos húmedos y bajos, así como al abrigo de los vientos fríos; el factor humedad dependerá de la humedad telúrica. Deberán tenerse en cuenta factores topográficos, climatológicos y geológicos. Los materiales de construcción dependerán, en gran parte, de los recursos naturales de la región y, según ellos, se empleará más

cantidad de granito, piedra calcárea ligera o el ladrillo, etc. El adobe no es aconsejable por su poca resistencia. Deberán tenerse en cuenta, con respecto a los materiales, las siguientes propiedades: porosidad, permeabilidad y conductibilidad térmica. La porosidad tiene su gran importancia con respecto a la humedad de los muros, está en relación con la dificultad o facilidad de retención del agua, dependiendo también de la permeabilidad al aire; cuanto más estrecho sean los poros, con más facilidad se detendrá el agua en los muros, por su menor velocidad de absorción, determinando la humedad de ellos. Serán, por lo tanto, preferibles los de ladrillos de poros gruesos. Por lo que respecta a la conductibilidad térmica del material, cuanto más débil sea ella, mejor se conservará el calor de la habitación durante el invierno, y mejor se protegerá contra él, durante el verano. Los materiales porosos, como el ladrillo, reúnen estas condiciones, y por otra parte, es bueno tener en cuenta que la conductibilidad al calor está en razón inversa del espesor. La combinación de los diferentes materiales y la utilización de mezclas adecuadas (cementos, morteros, etc.), ha de dar como resultado una construcción que reúna las propiedades óptimas de consistencia, sequedad, y mala conductibilidad térmica, pudiendo también agregarse la mala conductibilidad para el sonido. En cuanto a la protección contra la capa de agua subterránea, hay que tener presente al hacer una edificación, que dicha humedad no alcance los cimientos. Será necesario que dicha capa se encuentre a una profundidad mínima de un metro de fondo de los cimientos. En la construcción de los techos será necesario aconsejar, sobre todo en zonas tórridas de nuestro país, que sean de mala conductibilidad térmica y, además, con impermeabilidad al agua, resistentes y económicos. Se puede aconsejar en las construcciones rurales los techos de vigas de madera y tejas realizadas a la cola o al aceite, evitando los inconvenientes de aquellas pinturas al aceite que contengan plomo, cromo, minio, etc.

Las pinturas al aceite tienen la conveniencia de su estética, durabilidad e higiene, por el hecho de ser lavables; además, son impermeables. En cuanto a ventanas y puertas ,bueno es recordar que, para aquellas que se construyan en zonas palúdicas, debe cuidarse el detalle de que tengan marco bastidor con tejido de alambre de malla fina, a los efectos de impedir la entrada de los mosquitos y otros insectos, y que se abran hacia afuera.

Estos y otros muchos consejos son los que, de acuerdo a las consultas, se deberán facilitar a las personas que construyan, además de los planos adecuados a las necesidades de familia; todo ello, volvemos a repetirlo, en forma absolutamente gratis.

REGLAMENTO SANITARIO

Estamos en condiciones de asegurar que hoy, más que nunca, existe una urgente necesidad de mejoramiento de la vivienda rural.

Pero, si bien es cierto que los inconvenientes de financiación de la misma están próximos a dejar de ser un impedimento, hay un factor no material, pero de suma importancia, y es la Educación Sanitaria, que está muy lejos de haber alcanzado el nivel suficiente en los distritos rurales, para saber comprender la necesidad de la vivienda suficientemente amplia e higiénica.

La vivienda en condiciones reglamentarias, desde el punto de vista sanitario, debe ser una realidad en los distritos rurales, para que sus habitantes sean influídos en el sentido del mejoramiento de su salud y del nivel medio de vida.

Los principales defectos que hay que evitar en la vivienda rural con una reglamentación estricta, son:

a) El hacinamiento; ya hemos dicho todo lo que él trae aparejado en el conventillo al hablar de vivienda en las ciudades; aquí debemos agregar, todavía, la falta de asistencia médica y médico-social de que adolecen la mayoría de los distritos rurales, con el agravante de que el alcoholismo es más común, que existen enfermedades endémicas y que reina la incuria y la indolencia.

b) La insuficiencia de las disposiciones tomadas respecto a retretes, lavabos y evacuación de aguas servidas.

c) Falta de provisión correcta de agua potable.

d) La insuficiente separación entre las habitaciones destinadas a vivienda y los establos y cuadras.

e) La promiscuidad de los estercoleros y otros focos de emanaciones o de infiltraciones peligrosas.

f) La protección insuficiente contra los mosquitos y otras clases de insectos.

Todas estas premisas deben estar bien especificadas en el reglamento sanitario con un articulado completo y respaldado con fuerza de ley.

Pero, debemos siempre tener en cuenta que todo ello será de más fácil aplicación donde haya una educación bien cimentada; a ella debemos llevar nuestra finalidad inmediata, pero también debemos, como ya anteriormente lo hemos manifestado, llevar la ayuda financiera pública y una legislación adecuada.

Mientras esto no sea una realidad, veremos el fenómeno, que se va produciendo desde hace años, del éxodo de habitantes de los ambientes rurales hacia las ciudades en busca de vida cómoda que no existe en aquéllos.

La Conferencia Internacional de Higiene Rural reconoció la existencia del problema de la vivienda en todos los países; como se ve, no es sólo el nuestro el que sufre en ese sentido.

### CONSTRUCCIONES ANEXAS

Las construcciones anexas, por lo general, es conveniente que estén lo más alejadas que se pueda de la habitación humana. Claro es que esto no siempre es posible por razones de costumbres arraigadas en los ambientes rurales, así como por falta de extensión del terreno de que se dispone. Contra lo primero, irá la educación sanitaria, modificando las costumbres; contra lo segundo, métodos de distribución. Consideramos, por ejemplo, que no deben tenerse los establos, gallineros, pesebres, etc., cerca de las habitaciones; se tratará de que siempre estén en la parte baja del declive del terreno (aguas abajo).

### LOS DEPÓSITOS Y LOS GRANEROS

Deben estar construídos a prueba de ratas y despejados de vegetación en sus inmediaciones, tratando de estibar las bolsas de granos sobre tarimas para no ofrecer albergue a los roedores.

Los establos deberán estar lo más separados que sea posible de la vivienda humana y reunirán las condiciones generales siguientes: una cubicación de 20 metros cúbicos, por cada animal mayor, una altura de 3 y medio metros, ventanas apaisadas, paredes blanqueadas, de fácil limpieza, y zócalo de material impermeable de una altura de 1.50 metros sobre el suelo; el piso deberá tener una inclinación suficiente a los efectos de asegurar el deslizamiento de los líquidos hacia los sumideros, de los cuales, por el dispositivo del sifón, serán conducidos a la fosa séptica; además, el piso debe ser construído con material impermeable; la madera no se aconseja; debe emplearse la piedra, tomando sus juntas con asfalto.

Los gallineros deberán tener condiciones higiénicas semejantes, con un techo de una altura de 2.50 metros, no debiendo alojarse más de 5 gallinas por metro cuadrado; deberán ser blanqueados con cal asiduamente, debiendo ser bien soleados y secos.

### ELIMINACION DE DESECHOS HUMANOS Y ANIMALES

Este problema tiene una importancia tan grande en los ambientes rurales que puede decirse que el auténtico progreso sanitario de la campiña estriba en su perfecta solución.

Hoy en día, la ingeniería sanitaria dispone de sistemas sumamente sencillos, económicos, prácticos y eficaces para resolver el problema en los ambientes rurales. Para ello basta la buena voluntad y una perfecta comprensión del problema de parte del médico asesor. Es frecuente oír decir que dicho problema, en el ambiente rural, es de difícil solución; veremos que no es así.

Si agregamos a los desechos humanos y animales, las aguas de las lluvias, las aguas domésticas, las basuras domésticas y cadáveres de animales, tendremos el total de inmundicias de que la colectividad que los produce debe desembarazarse si quiere suprimir el serio peligro que representa para la salud pública.

Las aguas pluviales en los pueblos, pueden producir perjuicios por dos mecanismos: conduciendo a la existencia de viviendas húmedas y prestando humedad a los detritus y basuras depositados en la vía pública, con lo que se facilita su putrefacción y fermentación. Para evitar lo primero, deberán construirse las viviendas en la forma que ya consignamos; para lo segundo, prohibir echar los residuos a la calle.

### EXCRETAS HUMANAS

Es una de las causas más importantes de la insalubridad del ambiente rural, producida por la indiferencia del habitante en lo que respecta al lugar y modo de depositar sus excrementos. Tal cosa sucede, puramente, por la falta de educación sanitaria.

La divulgación científica de las enfermedades que esto puede engendrar, así como de las epidemias que puede desencadenar, en forma tal que pueda llegar al espíritu y hacerse carne en la población rural, puede ayudar, en gran parte, a la solución de este grave problema. Por otro lado, la utilización en algunas zonas de estos materiales con fines de abono, hace que al manipularse acrecienten el peligro de los mismos.

No se puede calcular, más que aproximadamente, la cantidad que por habitantes y por día, alcanzan las excretas humanas. Heiden da las siguientes cifras: 133 gramos por día y por habitante, en materias fecales y 1.200 gr. en orina, que hacen un total de 1.333 gramos; por consiguiente, las cifras por año y por persona son de 48 kilogramos aproximadamente de materias fecales y 438 kgs. de orina, o sea, en conjunto, 436 kilogramos, lo que da, aproximadamente, media tonelada por año y habitante, lo que representa en nitrógeno de 5 a 6 kilogramos por habitante y año.

### EXCRETA DE LOS ANIMALES

En el ambiente rural ofrecen estas materias un enorme peligro, porque se utilizan como abono, mezcladas con las humanas, constituyendo el estiércol.

### AGUAS DOMESTICAS

Están compuestas por detritus de alimentos de origen animal y vegetal, grasas, materias terrosas, etc., así como todos los materiales que pueda arrastrar el agua empleada en las múltiples aplicaciones de su uso.

Las aguas domésticas son eminentemente putrescibles y sépticas, ricas en bacterias saprófitas y con frecuencia continenen bacterias patógenas de fácil diseminación.

### BASURAS DOMESTICAS

Están compuestas por el producto del barrido y limpieza de la vivienda, los residuos de cocina y materiales inservibles, trapos, papeles, objetos, etc. En oportunidades, suelen ser peligrosas por provenir de casas donde hay enfermos infecciosos.

### CADAVERES DE ANIMALES

Es sabido lo que pueden significar los cadáveres de animales que caen en fuentes de agua para abastecimiento y el foco de contaminación que los mismos pueden significar.

Hemos descrito sucintamente todos aquellos materiales producidos como consecuencia de la propia vida y que, siendo causa de insalubridad, requieren su alejamiento y eliminación. Veamos la solución que para cada uno de estos materiales tiene la técnica sanitaria en el ambiente rural. El problema de las aguas pluviales lo consideramos junto con las aguas domésticas y vamos a comenzar nuestro estudio por el de las excretas.

La eliminación de ellas debe realizarse en tres fases: 1.°, alejamiento de la habitación; 2.°, alejamiento de la vivienda; 3.°, tratamiento depurador y destino definitivo.

Los dos primeros puntos se resuelven mediante la conducción por caños, por los sistemas tan conocidos. En cuanto al tercer punto, debemos comenzar por decir que en la solución de este problema en el ambiente rural se debe partir de la consideración de que, generalmente no se dispone de agua corriente y, por lo tanto, no se puede aplicar el alcantarillado ni el tratamiento que se puede dar a las aguas de alcantarilla, cosas factibles únicamente en el ambiente urbano.

En los ambientes rurales, los dispositivos a utilizar para la recepción y tratamiento de las excretas son dos: las fosas o depósitos sépticos y los lechos bacterianos; de ambos existen varios modelos.

En cuanto a los pozos ciegos, no vale la pena tratarlos, pues, basados en los modernos conocimientos de la higiene, sabemos que deben ser inexorablemente desterrados.

El funcionamiento de una fosa séptica se basa en la fosa de Mouras, cuyo fundamento es el siguiente: las excretas son conducidas a un depósito (construído por excavación del suelo, y que está colocado inmediatamente detrás de la vivienda) por medio de un tubo procedente del retrete (tubo de caída); en este depósito, las deyecciones sufren el proceso de putrefacción y, por consiguiente, se desintegran; la fosa se llena de agua hasta alcanzar el nivel del efluente (tuvo de salida), dispuesto de tal modo que cada volumen

de materias que pasa por el tubo de caída desaloja un volumen igual de agua, que sale por el efluente; las materias caen en el fondo de la fosa y sufren el proceso de desintegración, debido, como se comprenderá, a acciones microbianas, y, como consecuencia de este proceso, existe siempre en la fosa un sedimento de fango en putrefacción y una costra en la superficie, al propio tiempo que un desprendimiento de gases. Estos últimos se evacuan prolongando el tubo de caída hacia arriba, de modo que sobresalga por el tejado de la casa. A causa de tales acciones bacterianas, el agua que sale por el efluente de la fosa es clara, pero no es depurada completamente por lo que un sistema mejor es el que adoptamos, que es la misma fosa de Mouras, pero con un depósito de sedimentación previo a la salida del tubo efluente.

Si esta agua de salida se quiere emplear para riego, será necesario, para una mayor seguridad, hacerla pasar por el lecho basteriano o lecho de contacto, cuyo fundamento no es otro que el de reproducir artificialmente el proceso de nitrificación y transformación de materias orgánicas que se realiza en el suelo.

La fosa séptica es de tamaño, aproximadamente, de 150 litros por cada persona residente en la casa.

Como se ve, la técnica sanitaria tiene procedimientos sencillos y económicos para resolver el problema de las excretas humanas en el medio rural. La construcción de una buena fosa séptica es sencilla y los materiales están al alcance de cualquiera. El aditamento del lecho bacteriano tampoco es cosa difícil de realizar y la construcción de varios de estos sistemas, distribuídos en forma estratégica en reuniones de construcciones rurales, permiten recoger y tratar las excretas de todas las viviendas; todo es cuestión de reunir, en forma adecuada, los tubos efluentes para hacerlos desembocar en un lugar apropiado que esté alejado del centro del poblado, puesto que su contenido puede, sin peligro, verterse en un arroyo o ser aprovechado para el riego.

En lo que respecta a las excretas animales, tiene suma importancia su destino en los ambientes rurales, máxime teniendo en cuenta que se utiliza por su riqueza en materiales nitrogenados para abonos. Las deyecciones, con la paja donde reposan los animales, constituyen el estiércol; la preparación y almacenamiento deben de ser llevados a cabo con las precauciones del caso, para evitar las consecuencias que muy comunmente acontecen en los agricultores que manejan este estiércol sin cuidado alguno. Las prescripciones higiénico-sanitarias están aquí de acuerdo con el interés agrícola, dado que el estiércol, en la generalidad de los casos, se maneja, desparramándolo por el suelo, dejándolo que se deseque y se lave durante el invierno por las lluvias, poniendo así sus propiedades fertilizantes. El estiércol, por el contrario, debe manejarse en forma tal de favo-

recer los procesos que en su masa se verifican, pero de modo que no se ponga en peligro la salubridad.

El carbonato amónico de su contenido, por desecación, pierde su poder fertilizante, luego hay que mantener su humedad y regarlo con frecuencia para que madure y para que por disolución del ácido carbónico, producido por la fermentación, se facilite el acceso del aire, cuyo oxígeno tiende a activar las combustiones. La paja se disgregará, formando una masa blanda y, durante esta operación, habrá pérdidas de nitrógeno que podrán reducirse si se trata convenientemente. Hay que tener en cuenta que este estiércol, guardado en malas condiciones, puede ser sumamente peligroso para la salud, más aún por el hecho que contamina las aguas de bebida. Debe procurarse no desparramarlo en el corral y verter toda clase de basuras y detritos domésticos, dejándolo en esas condiciones por meses; debe recogerse en una fosa o dispositivo destinado al efecto, que evite los inconvenientes antedichos. Adoptamos como tipo ideal un estercolero con bomba que sirve para regar el estiércol y facilitar así el proceso fermentativo; este riego se hace con el propio líquido que produce el proceso y que se recoge en la fosa indicada, con ello se aumenta el poder fertilizante al usarlo como abono. Los estercoleros han de emplazarse a una distancia mínima de 200 metros de la población en un sitio que esté lejos de los ríos, manantiales y arroyos y aguas abajo así como en dirección opuesta a los vientos acostumbrados en el lugar. El estiércol debe sacarse de los corrales o establos, por los menos dos veces por mes, para llevarlo al estercolero donde sufrirá la fermentación.

El propio labriego será mayormente beneficiado, puesto que en esa forma no se pierde la parte líquida del estiércol que es la más fertilizante. El estercolero, construído en forma racional, cumple una alta misión sanitaria en el ambiente rural, dado que se opone a la reproducción de moscas infectas tan comunes en nuestros campos. Hemos de describir el mecanismo de cómo ellas son destruídas: las moscas para pasar de su etapa de larva a la de ninfa precisan un ambiente seco, al mismo tiempo, la temperatura alta que se produce en el centro de la masa del estiércol en plena fermentación también la perjudica y por esto las larvas nacen en las capas superficiales y se separan de la masa huyendo de la humedad y de la alta temperatura, buscando un lugar seco para continuar la metamorfosis; durante esta inmigración, las larvas caen en el canal que rodea a la plataforma que constituye el estercolero y son arrastradas a la fosa de recepción de líquido donde mueren; esta canaleta deberá estar en situación declive para que surta el efecto buscado.

AGUAS DOMESTICAS

Son las que comprenden las de la cocina y las de lavado; ambas deben ser conducidas a la fosa séptica en forma directa, pero con la intercalación de un simple sifón hidráulico, ventilado, para evitar la propagación de los malos olores.

Las basuras domésticas no deben ser arrojadas a patios y corrales como se acostumbra a hacer en ciertas fincas. Debe evitarse esto, dado que tales basuras son equiparables a las excretas, por lo que deben recogerse en recipientes adecuados y con tapa y ser conducidos a los estercoleros para aprovechar sus cualidades fertilizantes.

El aprovechamiento en colectividades rurales de las basuras puede hacerse en forma sencilla, siempre que exista comunidad de bien público.

Basta con que en las afueras del poblado se construya un depósito de basuras en las condiciones asignadas a los estercoleros a donde serán llevadas ellas y se sometan a la acción de una pequeña cámara zimotérmica del modelo de Beccari que en realidad es de gran practicidad. Se trata de una cámara que debe ser construída en mampostería con revestimiento de cemento; cerca del fondo lleva una parrilla: la bóveda tiene una puerta de carga y otra de descarga; las paredes están perforadas por conductos que sirven para la circulación del aire; en el fondo hay otro conducto para salida de líquidos, y el depósito de la parte superior para la filtración y retención de los gases que escapan con el aire de la circulación. Las basuras deben llenar la cámara sin aglutinarse para que circule aire, se cierra la cámara y comienzan a desarrollarse los procesos de transformación de la materia orgánica, la acción y multiplicación de las bacterias aerobias consume el oxígeno del aire que existe en la masa con lo que se detiene esta acción y comienza la anaerobia. A consecuencia de las reacciones bioquímicas que se producen, la temperatura se eleva al octavo día a 60° con lo que se establece un tiraje del aire exterior hacia adentro; debido a este mismo aire caliente que penetra a través del tubo superior y que ventila enérgicamente la masa; vuelven a actuar los gérmenes aerobios; a los quince días la temperatura alcanza a 75° y entran a actuar las bacterias termófilas y así sucesivamente, hasta llegar a la degradación y transformación total de la materia orgánica.

A los treinta días, la basura se ha convertido en una masa pulverulenta, con olor a moho, y a los cuarenta y cinco días, se consigue lo que en los basureros o estercoleros tardan varios meses. Este sistema tiene las ventajas siguientes: toda clase de larvas, insectos, huevos de parásitos y vermes sucumben rápidamente, son aniquiladas las bacterias patógenas, y se obtiene una utilidad económica, dado que el producto final tendrá un alto poder fertilizante.

### OBLIGATORIEDAD DE LOS RETRETES

He aquí un problema de singular importancia en la vivienda rural, que está ausente en la mayoría de ellas, o cuando existe, está en forma tal, que su construcción atenta contra los más elementales conceptos de la higiene. La ausencia del mismo o la falta de técnica, siempre para su construcción, es causa que en nuestro país exista, en muchas zonas estados endémicos de enfermedades que, como la anquilostomiasis, mantienen un nivel físico deplorable. Es necesario que, para evitar tal situación, se incluya su obligatoriedad dentro del Código Sanitario de la Edificación.

Son construcciones de fácil y económica realización y que, si se combinan con la cámara séptica, no ofrecen ningún peligro de contaminación. Los retretes deben ser siempre instalados aguas abajo para evitar posibles contaminaciones del agua de bebida. Es evidente la enorme importancia que esto significa, por lo que todo lo que se haga en el sentido de impartir permanentemente *Educación popular* al respecto será poco, debiéndose agotar los medios persuasivos y, como dije antes, optar por la obligatoriedad y castigar con penas o multas a quienes, por falta de comprensión del crimen que cometen contra la salud pública, no cumplan con las reglamentaciones al respecto.

### APROVISIONAMIENTO DE AGUA POTABLE

Toda vivienda implantada en el ambiente rural, sea aislada o formando una colectividad, tiene necesidad de agua; agua para las personas y para los animales que tan necesarios son en las faenas del campo. También debemos considerar las de regadía; lavado, etc.

Esta agua deberá ser, en su totalidad, potable. Sólo el agua de lluvia puede considerarse estéril, pero aún ella lo es por poco tiempo porque al atravesar las napas inferiores de la atmósfera y luego al ponerse en contacto con los tejados, ya se carga de gérmenes.

Demás está decir que las aguas de otros orígenes deberán ser consideradas como contaminadas, aunque algunas de ellas no perjudiquen.

Teniendo en cuenta que el agua sin control puede significar un peligro permanente de la más variada gama de enfermedades, la mayoría intestinales, como la fiebre tifoidea, salmonellosis y disentería, debe ser una preocupación constante de las autoridades sanitarias el dar agua de bebida potable, así como de los habitantes de exigirla como un derecho inalienable, pero sin olvidar que todo derecho involucra el cumplimiento de deberes, y que la falta al deber de no contaminar el agua que otros beben, será castigada en forma efectiva.

Nuestras autoridades sanitarias deben y pueden abocarse a este planteo, de gran trascendencia en el porvenir de nuestros ambientes rurales, donde se puede decir que el aprovisionamiento de agua potable constituye un grave problema,

Es evidente que la indolencia y la incuria de los habitantes de muchas zonas del país forman parte negativa en la solución de este asunto, pero creemos que con la campaña efectiva de educación sanitaria, con la ayuda eficaz y con la comprensión de la importancia que la solución del problema significa, se podrá, en un porvenir no lejano, resolver para ventura y progreso de nuestra Patria.

Creemos que la indolencia de muchos de nuestros ciudadanos tiene sus principales raíces en la falta de agua, que es el primer problema a considerar.

La obtención de agua potable, habiendo agua, es un problema de más fácil solución, dado que los medios son sumamente sencillos y económicos.

Hay que tener, como es lógico, al alcance de cualquier población rural, un simple laboratorio de análisis para poder comprobar la potabilidad del agua y actuar de acuerdo a los datos suministrados por el análisis químico y bacteriológico, así como a la determinación de la procedencia del agua.

Lo que en realidad es un problema más dificil de resolver es la obtención del agua, pero a poco que analicemos esto, nos daremos cuenta que las más de las veces la obtención de ella depende pura y exclusivamente de su búsqueda, cosa que está reservada a la ingeniería sanitaria. Dificilmente podrá haber una zona del país donde no se pueda conseguir agua, mediante el empleo de la técnica puesta al servicio del pueblo. Basta la acción de la ingeniería aplicada.

El verdadero problema en nuestros ambientes rurales es el abastecimiento de agua de las capas freáticas y de las profundas o artesianas que, por lo general, se hace por el sistema de captación más común, que son los pozos. Sabemos a qué atenernos con respecto a la potabilidad de la capa freática: son por regla general aguas contaminadas bacteriológicamente por la proximidad con la superficie, en cuyo caso, debe buscarse más profundamente; la profundidad mínima deberá ser de 8 metros, con lo que será más fácil que el agua se depure por filtración en su trayecto hasta la primera capa impermeable.

Para el emplazamiento de un pozo se tendrá en cuenta siempre que esté lo más alejado posible de los estercoleros, pozos negros (lo ideal sería que no existan estos últimos ) y fosas de almacenamiento de basuras, etc., y que, además, se hallen aguas arriba.

Para la construcción de pozos han de utilizarse materiales impermeable sobre obra de manpostería cubierta, con mortero hidráulico de varios centímetros de espesor; suprimir el método de brocal abierto; la cavidad del pozo debe estar incomunicada con la superficie del suelo, puesto que la extracción de agua ha de hacerse por medio de una bomba y no por el balde clásico, que se sumerje en el agua después de haberse cargado de gérmenes destinados a hacer siembra en la misma. La superficie del suelo, por encima y alrededor del lugar en que se ha construído el pozo, debe impermeabilizarse, tanto para evitar la formación de barro, como para impedir que se filtre agua contaminada. Hay otros sistemas aun más perfeccionados; pero ya sería ésta una gran conquista en muchos de nuestros ambientes rurales, que para hacerla efectiva tendría que lograrse mediante la aplicación de un Régimen de Pozos que contemplase lo antedicho y cuyo cumplimiento estaría encomendado a la reglamentación del Código Sanitario Nacional, susceptible de modificarse a medida que los nuevos sistemas de aplicación de las zonas más evolucionadas pudiesen ir entrando en aquellas menos evolucionadas. De todas maneras, débense aplicar a estas aguas dispositivos de filtración, de los cuales existen muchos modelos de fácil empleo y de costo reducido si se piensa el servicio sanitario que prestan.

Cuando no exista capa freática utilizable, debe recurrirse a la captación de aguas artesianas. Esta agua sale, a veces, a presión, dado que está a mayor profundidad y que discurre entre dos capas impermeables. La presión del agua artesiana dependerá, evidentemente, de la topografía del terreno y de la resistencia que encuentre en su trayecto subterráneo, que estará o no anulada por los desniveles.

Estas aguas, que por lo general, están a profundidades más grandes, necesitan para su captación mayor trabajo de perforación y es esto lo que en realidad no se hace en muchas zonas donde se dice que falta agua.

Ahora bien; lo ideal es que el agua, cuando, naturalmente, no es potable, se le potabilice por medio de los sistemas más adaptables a cada lugar.

Cuando el abastecimiento se hace de aguas superficiales, ríos o lagos, no se deben librar las aguas al consumo sin someterlas a un proceso de depuración, puesto que tales aguas serán prácticamente contaminadas. Cuando se trate de aguas profundas, con las condiciones que ya hemos dicho, no se precisa la depuración más que como medida de urgencia en casos de epidemias de origen hídrico.

De acuerdo a lo que es posible hacer en los medios rurales, expondremos los métodos utilizados a tal fin. Los métodos propuestos

son varios: la sedimentación o decantación, la filtración a través de la arena y la precipitación de las partículas en suspensión por la adición de coagulantes. La decantación o sedimentación por el simple reposo del agua en depósitos apropiados, no basta y sólo se utilizará para preparar el agua que debe someterse a la filtración. Es, pues, la filtración del método aconsejable. Son varios los sistemas de filtros que se han propuesto: el más sencillo es el constituído por un depósito que contiene los siguientes materiales: una capa superficial, de un espesor mínimo de 40 centímetros de arena, compuesta de partículas a diámetro inferior a 4 milímetros, después de una capa de arena más gruesa de 4 a 8 milímetros de diámetro de sus partículas o de grava muy menuda y, por último, de una capa de ladrillos, piedras o material semejante, dispuestas en el fondo del depósito y perforadas para que permitan el paso del agua que se coleccionará en el fondo del filtro y de donde es recogida por la tubería que la lleva al depósito de almacenamiento. No entramos en la descripción de sistemas de filtración, como los llamados filtros rápidos, como el que poseemos en nuestra Capital, por tratarse de sistemas de aprovechamiento para grandes masas de población y no para pequeñas aglomeraciones rurales.

Por lo que respecta a los tratamientos químicos de las aguas de aplicación sanitaria, solamente debemos aceptar los fundamentados en el empleo de los compuestos del cloro; son los de más utilidad y economía en el ambiente rural, dado que el fin que nos proponemos con estas operaciones es la destrucción de los microbios contenidos en aguas no potables y, sobre todo, de bacterias patógenas llamadas del grupo intestinal: Eberth y paratíficos, así como el productor de la disentería bacilar, ya que el del cólera ha pasado afortunadamente a ser una enfermedad exótica.

En el ambiente rural es necesario, en la mayor parte de las veces, potabilizar las aguas del pozo, para lo cual se requiere saber la cantidad de agua para conocer la proporción de agua de Javel que llevará.

## RELACION CON EL PROYECTO DE CODIGO SANITARIO

Ley de Bases. Artículo 1.° — «El Poder Ejecutivo, con intervención de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, efectuará los estudios e investigaciones de carácter sanitario social, jurídico y estadístico, a efectos de preparar un proyecto de Código Sanitario Nacional, que deberá ser remitido oportunamente al Congreso de la Nación».

Evidentemente que, frente a la evolución que se ha operado y se sigue operando en el mundo con respecto a lo sanitario, social, jurídico y estadístico, la República Argentina, por el solo hecho de ser un país joven y pujante, deberá ponerse a tono con dicha

evolución; he aquí por qué debemos de los «estudios e investigaciones de carácter sanitario y social, jurídico y estadístico» sacar nuevas conclusiones que nos lleven a proyectar leyes que estén en un todo de acuerdo con la evolución referida.

Ley de Bases. Artículo 3.º Inciso 29: «Fiscalizar, desde el punto de vista higiénico sanitario, la construcción de viviendas urbanas y rurales y promover y estimular los estudios e iniciativas tendienes a resolver sus problemas».

Este inciso tiene, desde el punto de vista de la legislación, una importancia trascendental; su primera parte, vale decir, la *fiscalización,* será en base a una perfecta y estricta legislación y reglamentación para construcciones de viviendas urbanas y rurales que deberá adaptarse a las necesidades regionales, profesionales, industriales, comerciales, familiares, ambientales, etc., y deberá realizarse la fiscalización estricta también a los efectos de que las viviendas a construirse sean destinadas a sus fines específicos. En lo que respecta a «promover y estimular los estudios e iniciativas tendientes a resolver sus problemas», debemos aquí contemplar tres problemas importantes que deberán ser resueltos en forma precoz en su iniciativa, pero sostenida en su acción; dichos problemas son sociales, económicos y sanitarios, problemas que, no por designarse de distinta manera, dejan de tener ajustada vinculación, puesto que ellos deberán solucionarse concomitantemente para que lo que se haga sea efectivo y tendiendo permanentemente y en forma ascensional al beneficio del capital humano, forjador exclusivo de la nacionalidad. Es por ello que el bienestar social de todos los habitantes estará afianzado por su capacidad de rendimiento y por un estado de buena salud. El estado de salud no puede ser bueno si no existe bienestar social que asegure capacidad de rendimiento y ésta a su vez estará afianzada por un buen estado de salud.

Siendo la vivienda un factor importantísimo que incide sobre los tres problemas antedichos, formará con ellos un círculo que deberá ser efectuado sin interrupción. Si la vivienda falta o aun no faltando, ella es mala, estrecha, antihigiénica, en forma tal, que insulte la moral de sus habitantes, perjudicando su salud y por ambas causas restándole tranquilidad de espíritu y energías para el trabajo productivo, fuente de bienestar económico, este círculo, cortado o lesionado, hará que se pierda toda efectividad en la lucha entablada para el triunfo de la nacionalidad, en lo económico, en lo social y en lo sanitario. Es por esto que el Estado debe dictar leyes, cuyas reglamentaciones contemplen todos los detalles relacionados con la vivienda, teniendo en cuenta las posibilidades variantes que se puedan producir en el futuro, por ejemplo, el progreso que se operase en los sistemas de construcción. Esto facili-

taría y daría un estímulo vivificante a los *estudios* e *iniciativas* tendientes a resolver, en forma continuada los nuevos aspectos que hubiere necesidad de contemplar en materia de construcción e higiene sanitaria. Tenemos, por ejemplo, el caso de las casas prefabricadas en Estados Unidos, usadas muchas de ellas para viviendas obreras de emergencia, que se hicieron cerca de las fábricas de equipos bélicos durante la guerra, pero que luego se mejoraron por las modernas. Ellas son cómodas, higiénicas y económicas, fuertes y resistentes al agua y al fuego. El material es de fácil adquisición y barato. Para las paredes exteriores se usan distintos cementos armados, hechos con subproductos de madera y algodón. Los materiales son tan livianos que se pueden transportar en grandes trozos. Son fácilmente trabajables y se les puede cortar con un serrucho común, así como clavar clavos. Para paredes y tabiques interiores se utilizan materiales plásticos en forma de panal de abejas con revestimiento de aluminio; el aire encerrado en las celdillas actúa como aislador, tanto contra el calor como contra el frío externo, protegiendo a sus habitantes de las inclemencias del tiempo. En tabiques pequeños se usan también subproductos de la caña de azúcar y el maíz. Hay otros detalles técnicos interesantes que no es el caso de describirlos aquí, pero que tornan el problema de la construcción de la vivienda, de difícil, en simplificado. Parece que es por ello que los Estados Unidos ha aumentado el interés por las viviendas prefabricadas.

Pero aquí, como allá, chocamos con esas reglamentaciones anticuadas que impiden la aplicación de sistemas que no se adapten a ellas. En dicho país del norte, el gobierno federal, así como entidades privadas, han demostrado ese interés, interés que se está notando en nuestras autoridades en tal sentido, para que se permita el empleo de nuevos materiales y nuevos métodos.

Será necesario, para que esto se cristalice, introducir al Código de la Edificación nuevas normas, regidas por reglamentaciones que contemplen la evolución en el terreno de la construcción de las casas-habitación, pero exigiendo condiciones de seguridad, sanidad y comodidad, único freno que se pondrá en esta clase de obras, a las compañías constructoras, no olvidando que su costo tendrá que estar de acuerdo con lo económico del material y que se exijan en terrenos previamente saneados y amplios de acuerdo a las reglamentaciones. Esto, como ya hemos visto, es uno de los múltiples aspectos de la casa, cuya exposición ha tenido por único objeto el resaltar cómo es necesario encarar problemas urgentes, como es el de la vivienda obrera, respetando la integridad sanitaria, económica y social de la misma. Pero si consideramos la habitación del hombre en todos sus aspectos intrínsecos para los múltiples fines que la misma puede ser empleada, estaremos en condiciones de

realizar una frondosa y rica legislación que podría, en forma segura y eficiente, lograr el objetivo máximo que la habitación debe representar, como microclima del hombre en sus diversas actividades y descanso.

Ella deberá ser una garantía de seguridad social en su carácter de albergue, lugar de trabajo, de recreación, aprendizaje o asistencia, etc., con las máximas comodidades en el sentido de conservar su salud física y moral.

La enorme cantidad de iniciativas que sobre estos problemas se ha presentado en las últimas décadas y que fueron elevados a los cuerpos legislativos de diversos países, así como los estudios realizados y los trabajos presentados a diversos congresos y aparecidos en publicaciones, dan una idea de la preparación que todo esto ha significado.

Desgraciadamente, aparte de algunas realizaciones, poco ha quedado que signifique fruto de todos esos frondosos trabajos.

Es por ello que más arriba decíamos que, únicamente podrán romper con este arte de encantamiento que impide la realización de lo bueno que se proyecte, reglamentaciones con fuerza de ley que integren nuestro futuro Código Sanitario Nacional.

Tengamos en cuenta, como dice en sus «considerandos» el decreto Ley 11.157 que crea la *Administración Nacional de la vivienda* y el *régimen especial fiscal* y *civil de la misma*, «que el problema de la vivienda económica, sana y agradable para el uso del vasto sector de la población trabajadora, urbana y campesina, es uno de los más graves de la economía vital de la República, por su incidencia en el porvenir de nuestra raza, en la conservación y acrecentamiento de nuestro capital humano y sobre el afianzamiento de la familia argentina, sin todo lo cual no es dable alcanzar un nivel de verdadera grandeza moral, espiritual y material», «que es imperioso, según lo muestran los índices demográficos, asegurar la constitución de hogares prolíficos cual los viejos troncos genealógicos de la estirpe, facilitando la obtención del elemento material que cobija y aglutina un hogar decoroso, sobrio y limpio a cuyo amparo pueda crecer la familia fuerte y fecunda y sin el cual ésta no existe, como no existe en la realidad histórica una nación sin su propio territorio», «que para ello, la acción de un gobierno que se preocupa del bienestar general, debe tratar de mejorar las condiciones higiénicas, técnicas, económicas y sociales de la vivienda urbana y campesina en todo el territorio de la Nación».

Claro que, para la realización de soluciones que tiendan a resolver estos problemas, se necesita, como dice el inciso 29) «Fiscalizar desde el punto de vista higiénico sanitario la construcción de viviendas urbanas y rurales, y promover y estimular los estudios e

iniciativas tendientes a resolver sus problemas», pero lógicamente apoyado todo ello con fuerza de ley que haga cumplir las reglamentaciones. En páginas anteriores se contemplan las habitaciones, hoteles, casas de comida y otros semejantes, cuyo articulado tiene en cuenta cómo deberán ser ellas en todo lo que concierne a las condiciones higiénico-sanitarias, así como las multas a aplicarse, etc. Todo esto se ha hecho considerando códigos sanitarios de otros países, así como nuestro propio Digesto Municipal de la Ciudad de Buenos Aires, que es completísimo en muchos aspectos de la higiene de la habitación. Con respecto a la fiscalización de la vivienda, desde el punto de vista sanitario, deberá ser estricta, llevando un control de todas las construcciones hechas o a refeccionarse, siendo el cuerpo técnico sanitario el que deberá con su criterio, pero siempre con el respaldo de las reglamentaciones con fuerza de ley, discriminar cuáles son las que están o no en condiciones higiénicas normales y cuáles mejoras pueden hacerse a aquellas que, construídas, no reúnen condiciones aceptables, o bien encauzar las reconstrucciones con criterio higiénico, autorizando aquellas que sean reconstruibles. En lo que respecta a las viviendas a construirse, deberá fiscalizarse antes, durante y después de construídas. Con respecto a las construcciones insalubres dentro de los barrios urbanos, así como en muchas partes de las zonas rurales, deberá hacer el Estado la legislación correspondiente, cuyas disposiciones impidan en absoluto la subsistencia de lo que podríamos llamar «islotes insalubres» y que son manchas edilicias dentro de las ciudades y pueblos, que las ordenanzas no podrán nunca eliminar.

Estas legislaciones tendrán que encarar, en forma clara, el problema del cubaje, a efectos de impedir el hacinamiento. El terminar con él, significará el progreso definitivo en la lucha contra las enfermedades, delincuentes, desviaciones sociales, prostitución, e incidirá en forma positiva sobre el poder laborativo del obrero, así como en su elevación de nivel moral. Adaptándose a los fines específicos de cada construcción, se puede, pues, legislar en un articulado estricto, que formaría parte de nuestro Código Sanitario Nacional todo lo referente a las construcciones de todo lo edificable, reedificable o edificado.

Para ello se tendrá en cuenta: el emplazamiento, elección de los materiales de construcción (de acuerdo a su durabilidad, utilidad, higiénico-sanitaria y económía) que, como dijimos anteriormente, podrá variar con el tiempo y las experiencias realizadas, estas estimuladas por la garantía de su aplicación cuando sean aceptadas por un organismo técnico y respaldados con nuevas reglamentaciones con fuerza de ley.

La reglamentación de la ley, no solamente deberá contemplar a la vivienda como microclima de sus habitantes, sino que también

deberá dirigirse al ambiente que la rodea y a sus relaciones recíprocas, a los efectos de la perfecta urbanización y zonificación o, para ser más explícito, deberá adaptarse al inciso 30).

Artículo 3.° Inciso 30) «Intervenir en la zonificación y desarrollo de las poblaciones a efecto de verificar si satisfacen las condiciones higiénico-sanitarias que deben reunir de acuerdo con las características topográficas, regionales, o locales».

En cuanto se refiere a la primera parte de este inciso, que dice: «intervenir en la zonificación», esto es, de suma importancia en lo que se refiere a las relaciones recíprocas de las construcciones destinadas a distintos fines sabemos que la mala zonificación de las ciudades siempre ha sido (y lo será mientras no se corrija) uno de los peores escollos con que ha tropezado la organización normal desde el punto de vista higiénico-sanitario y social de los centros poblados. Parece como si anteriormente las cosas se hubiesen hecho con el objeto de desvirtuar lo racional en esta materia. Pero no ha sido así; las ciudades, en general, se han improvisado sin criterio técnico alguno, desde el punto de vista higiénico-sanitario, de acuerdo a la comodidad y conveniencia de cada uno de sus habitantes que poco tenían en cuenta, si la futura gran ciudad dependía de la perfecta organización de sus principios. Es entonces a esta generación a la que corresponde subsanar en el futuro, lo que no se ha hecho por imprevisión y, posiblemente, en grado mayor, por falta de reglamentos con fuerza de ley que hubiesen previsto la zonificación de las poblaciones. Nuestra Ciudad de Buenos Aires tiene ya un Código de Edificación que contempla ampliamente, en muchos puntos, dicha zonificación, que han mejorado las ordenanzas que ya existían en el Digesto Municipal; pero debemos llevar a todo el país, por medio de una reglamentación estricta en este sentido, a que forme parte de nuestro futuro Código Sanitario Nacional. Para ello tendremos que tener en cuenta que los núcleos urbanos amorfos, sin sentido cívico ni higiénico sanitario, formando conglomerados de gente espiritualmente disociada, de distintas profesiones y, por lo tanto, de distintas actividades, realizadas en distintos locales de trabajo, impiden el desarrollo racional de las ciudades y de los pueblos, así como de las respectivas zonas de influencia, ocasionando la congestión de los centros superpoblados, en especial, de los industriales, impidiendo que lleguen los beneficios de la urbanización a lo largo de las grandes rutas de rápido tránsito, impidendo también, por esa causa, el amor de los vecinos hacia su comunidad y el normal desenvolvimiento del tráfico urbano, tan difícil de arreglar por causas de imprevisión de la índole anotada. Hay también que considerar que, con la construcción de grandes conjuntos de viviendas, ya sean individuales o colectivas,

así como destinadas a industrias etc., deberán formarse conjuntos armónicos dotados de unidad estética, pero en forma tal, que la densidad de población no sobrepase el límite que impediría el suministro económico de los servicios urbanísticos y sociales indispensables. Tendremos especial atención en sistematizar los procedimientos de edificación, pero siempre contemplando la experiencia actualizada, para aplicar las técnicas más avanzadas de acuerdo a los materiales de construcción de las distintas zonas del país que estarán de acuerdo a las características topográficas, regionales o locales y adaptadas al contorno del paisaje lugareño; deberá también tenerse en cuenta las modalidades de vida, posibilidades económicas y condiciones de clima.

Para que sea posible extender sus beneficios hasta todos los límites del país, la legislación deberá encarar el plan en forma descentralizada, que coordine los esfuerzos contemplando «la coparticipación de todas las entidades nacionales, provinciales y municipales, así como las entidades mutualistas, sociedades cooperativas y empresas patronales, a fin de sumar los recursos y posibilidades, aunando a cuantos se sientan imbuídos de la responsabilidad social de la hora presente», es decir, debemos, en un país federal y democrático como el nuestro que respeta las autonomías provinciales y los derechos privados, exigir, dentro de la esfera de acción de nuestro Código Sanitario Nacional, a todas las provincias que están compuestas por argentinos, que también apliquen el criterio de las tres C. (colaboración, cooperación y coordinación), en un esfuerzo común, para lograr el resurgimiento que nuestra patria merece. Ello se conseguirá con Códigos Sanitarios provinciales que, a no dudarlo, encararán con acierto y en el mismo sentido, los problemas higiénicos sanitarios de la habitación, dado que ellos podrán tener variantes, pero la solución tendrá que ser una sola: tender al bienestar general «por el mejoramiento de las condiciones higiénicas, técnicas, económicas y sociales de la vivienda urbana y campesina en todo el territorio de la Nación y la reducción progresiva de la vivienda inadecuada, insalubre y peligrosa».

Todo lo anterior contribuirá a lograr el «desarrollo racional de las ciudades, de los pueblos menores y de sus respectivas zonas de influencia».

Pero para que esto sea más factible, el Estado deberá tener el organismo consultor técnico que asesore en todo lo concerniente a contrucciones, materiales convenientes, planos individuales y urbanísticos;consejos técnicos que ayuden a la organización zonal en forma racional. En una palabra, deberá la población que construye tener deberes y derechos: deber de cumplir con los reglamentos del código y derecho de exigir que se le asesore para saberlos cumplir; por otro lado, el Estado tendrá también derechos y de-

beres; derecho de exigir el cumplimiento de los reglamentos y deber de hacer los planos, mejorar sistemas y organizar con criterio técnico, prolongado en el tiempo para no desvirtuar la finalidad que se propone: «ciudades construídas con viviendas sanas y con buen criterio urbanístico y zonal que puedan llamarse perfectas desde el punto de vista social e higiénico-sanitario».

Pero no solamente deberá contemplar el punto de vista social la vivienda, como lugar de descanso y trabajo diario, así como de esparcimiento después del trabajo; habrá que dirigir la legislación de la vivienda a aquellas que servirán para el descanso anual a que tiene derecho toda persona humana. En este sentido, ya se ha hecho algo, ya sea en reparticiones del Estado como en algunas empresas particulares. Debemos legislar para que esos pocos ejemplos dignos, sean extendidos en sus beneficios a todo el pueblo trabajador, material o intelectual. La vivienda para vacaciones no debe ser algo privativo de la clase pudiente, de ausente, escaso o alto nivel intelectual, debe ser un derecho de todo el pueblo que trabaja y que produce. El Estado y el capital privado deben amparar este derecho de la persona humana, y para que ambos sean responsables en caso de incumplimiento, deberán dictarse leyes que obliguen, al primero, en todos los casos, y al segundo, de acuerdo a su potencialidad financiera, a construir viviendas de descanso donde puedan los forjadores de la grandeza del patrimonio estatal o privado reponer sus energías para acumular fuerzas morales y materiales que tenderán a la mejor producción. Será únicamente así cómo podrá evitarse que un trabajador material o intelectual, humilde, con su familia, vivan viendo la injusticia que representa el descanso en lugares de veraneo de la clase que menos produce y que menos se cansa (hablamos en general), frente al veraneo en patios de casas de inquilinato o viviendas insalubres de gentes que produce y trabaja material o intelectualmente. Esto es una utopía social. El Estado y el capital privado, económicamente fuerte, pueden y deben remediarla. Pero, como dijimos antes, para que ello sea una realidad, deberán reglamentarse con fuerza de ley: «Colonias de vacaciones de todas las clases económicamente débiles» de montaña, de llanura o de mar. Cuando esta sea una realidad tangible, nos habremos acercado un paso más a Dios; y nuestra acción se prolongará en el tiempo para la ventura de la humanidad.

Aríteulo 3º. — Inciso 31) Promover, coordinar, organizar y/o disponer las medidas y obras le saneamiento urbano, rural y de las aguas, tendientes a evitar las causas que puedan afectar la salud, el bienestar de los habitantes».

No podemos concebir vivienda o habitación sana sin ambiente sano, a los efectos de que el habitante de ella se conserve en salud. Ello será obra del saneamiento urbano y rural; y para que esto

sea posible, deberán dictarse reglamentaciones con fuerza de ley que promuevan, coordinen y organicen, para que así se apliquen las medidas tendientes a la solución paulatina y total de este problema.

Al igual que lo legislado para la vivienda rural el problema se presenta, en la misma forma para ciertas viviendas de barrios urbanos. Decimos que los principales defectos que hay que evitar con una reglamentación estricta, con *fuerza de ley* (agregaremos), son: a) el hacinamiento; b) la insuficiencia de las disposiciones tomadas respecto a retretes, lavabos y evacuación de aguas residuales; c) falta de provisión correcta de agua potable; d) la insuficiente separación entre las habitaciones destinadas a viviendas y los establos y cuadras; e) la promiscuidad de los estercoleros y otros focos de emanaciones o de infiltraciones peligrosas; f) la protección insuficiente contra los mosquitos y otras clases de insectos, etc.

Esto que hemos manifestado para la vivienda del hombre en familia debe ser aplicado para las habitaciones de carácter transitorio a que más adelante haremos referencia.

La reglamentación de las construcciones anexas en el sentido que estén en condiciones tales que eviten todo peligro incidente sobre la salud de las personas, deberá ser hecha y observada en forma estricta, sobre todo, en aquellos lugares del país, donde debido a dificultades en el abastecimiento del agua potable y eliminación de servidas, sea más factible la contaminación de aquéllas. En una palabra, la reglamentación de la ley deberá tender a obligar, a que todo lo que se construya sea sobre terreno previamente saneado, «disponiendo las obras» que impidan toda contaminación de lo que llega al organismo del hombre; pero recordemos lo que anteriormente hemos especificado con respecto a los derechos y deberes del Estado: derechos a exigir, pero deber de facilitar. Entendemos que facilitar debe referirse, no solamente a lo higiénico sanitario, material y técnico, sino a la educación sanitaria que debe ser comprendida por todos, para que todos colaboren en absoluta comprensión, con la noción perfecta que lo que se realiza no es solamente por obligación, sino por necesidad de proteger la vida, prolongándola en salud.

Será así, entonces, que la reglamentación tenderá a anular todo lo que pueda perjudicar al hombre en su carácter de habitante de la vivienda, teniendo en cuenta los factores que la rodean: el aire, el sol, el agua, etc.

Podríamos basar toda la articulación tendiente a este fin en lo dicho en el «Primer Congreso Panamericano de la Vivienda Popular» con respecto al aspecto higiénico de la misma: «El em-

plazamiento, elección de los materiales de construcción y disposición de los locales y dependencias de una vivienda, deben tener en cuenta las condiciones climáticas del lugar en el que se edifica, pues siendo la casa una creación destinada a sustraer al individuo de la inclemencia de los agentes atmosféricos externos, ha de reunir, al mismo tiempo, todas aquellas condiciones que le permitan, en su interior, el pleno goce de las cualidades físicas, químicas y biológicas del aire». «Para lograrlo, será preciso asegurar a toda vivienda una conveniente ventilación, iluminación y asoleamiento».

Más adelante, al referirse a las aguas de consumo y servidas, manifiesta los siguientes requisitos fundamentales a cumplir: «Provisión de agua de consumo en una proporción no menor de 100 litros por día y por persona. La instalación y funcionamiento de la fuente de provisión del agua, su distribuición por las canalizaciones externas e internas y el contralor periódico de sus condiciones físicas, químicas y biológicas, deben estar bajo la vigilancia de una autoridad sanitaria responsable».

«Un sistema de adducción, rápido y eficaz de las aguas residuales, debe ser instalado en cada vivienda. La cloaca interna tendrá que llenar condiciones técnicas que eviten las molestias de esas aguas a los habitantes de la casa y la contaminación eventual de las canalizaciones del agua potable. La eliminación ulterior de las aguas residuales deberá ajustarse a un procedimiento que asegure su inocuidad para los terrenos, las napas de aguas subterráneas y los cursos de aguas de las zonas de influencia de la fuente o fuentes de provisión del agua de consumo».

«Todo esto, reglamentado y con fuerza de ley, asegurará el saneamiento urbano y rural y de las aguas».

Artículo 3.° Inciso 32) «Promover, organizar y realizar la investigación de la atmósfera en los centros urbanos y rurales y promover la aplicación de las medidas adecuadas para su mejoramiento».

Artículo 3.° Inciso 33) «Promover, organizar, coordinar y/o fiscalizar la evacuación y destrucción de residuos, basuras, desperdicios, aguas pluviales, servidas o industriales».

Ambos tienen relación, sobre todo en lo que respecta a la investigación de la atmósfera, en especial de las grandes ciudades, que por lo general se hallan viciadas por infinidad de factores, como ser: emanaciones producidas por fábricas, humo de las chimeneas, cremación inadecuada de basuras, productos de desechos de industrias y particulares, evacuados sin previo tratamiento a canales y arroyos, industrias instaladas sin respetar zonificación, mala o insuficiente combustión en los motores de los vehículos en lugares de tránsito congestionado y de edificación alta, etc. Co-

mo se verá, todo esto producirá, conjuntamente con las emanaciones desprendidas de instalaciones particulares y públicas en mal estado de funcionamiento, un estado atmosférico que a poco que se investigue mostrará la necesidad perentoria de que el organismo estatal reglamente con fuerza de ley todo lo que tienda a producirlo, ya sea erradicando industrias insalubres, desde este punto de vista, como prohibiendo ciertas infracciones que no deben tolerarse bajo ningún concepto, dado que ellas atentan en forma directa a la salud de los habitantes. En este sentido, la fuerza de ley debe manifestarse en forma intransigente. A este respecto existen muchas ordenanzas en el Digesto Municipal de la Ciudad de Buenos Aires que, de darles fuerza de ley, serían reglamentaciones perfectas; pero para ello sería necesaria la parte de obligación del Estado de «promover la aplicación de medidas adecuadas para su mejoramiento». Mucho se ha hecho y se está haciendo y se hará cuando se cree el *Instituto de Higiene Pública;* de él saldrán, a no dudarlo, los métodos perfectos que permitan llevar a cabo en forma correcta lo que manifiesta el inciso 33): «Promover, organizar, coordinar y/o fiscalizar la evacuación y destrucción de residuos, desperdicios, aguas pluviales, servidas e industriales».

En una palabra, *el Instituto de Higiene Pública* dará la solución correcta de lo anteriormente enumerado que aun no exista para luego poder el Estado exigir su cumplimiento y evitar así lo que insinúa el inciso 32 con respecto a la atmósfera de los centros urbanos y rurales, aportando entonces medidas adecuadas para su mejoramiento. Para conseguir este objeto existen ya muchos sistemas que se aplican, como también muchos a investigar, por lo que será necesario ponerlos en práctica una vez comprobada la eficacia para así poder exigir su uso con fuerza de ley, con el objeto de conseguir la finalidad perseguida: «no afectar la salud y el bienestar de los habitantes».

Concurrente a este propósito, se debería realizar un perfecto *«código de fábrica»*. Hay un contrasentido que será necesario remediar: fábricas con productos insalubres que por medio de aspiradores eliminan las emanaciones de estos productos hacia la calle para mejorar el ambiente en beneficio de los obreros, pero que hacen insalubre el ambiente del barrio que rodea a la fábrica.

Artículo 3.° — Inciso 34) «Promover, organizar, y/o fiscalizar la higiene de los establecimientos destinados a la tenencia, comercio y sacrificio de animales».

Solamente con pensar en las zoonosis que pueden desarrollarse y diseminarse en la población por el mal estado higiénico-sanitario de estos locales, obliga a arbitrar medidas drásticas que se de-

ben cumplir, aplicando una reglamentación estricta que tenga fuerza de ley.

Artículo 3.º — Inciso 36) «Intervenir, dictaminar y/o asesorar en todas las cuestiones vinculadas a la ingeniería sanitaria».

Mucho se puede hacer en este aspecto, pero más aun se podrá, dado que estamos en pleno época del auge de la ingeniería sanitaria. Debemos entonces «intervenir».

En los casos aquellos que se nos pida o sea necesario dar soluciones existentes, buscar por medio de la experimentación cómo podrán actuar ingenieros sanitarios, colaborando con los médicos higienistas en las soluciones inexistentes; «asesorar», en lo ya experimentado y aprobado, para poder exigir con fuerza de ley cuando ello sea necesario.

Artículo 3.º — Inciso 40) «Estudiar los problemas vinculados a la higiene y medicina del trabajo y promover y vigilar la aplicación de las medidas tendientes a conservar la salud de los trabajadores, prevenir los accidentes y las enfermedades profesionales».

Esto, como es lógico, es algo que atañe a la higiene de la habitación temporaria del hombre durante su trabajo.

El preservarlo, durante este tiempo, de todo lo que pueda dañar su salud, es, evidentemente, una cuestión relativa a la buena orientación, construcción según la aplicación de sistemas que permitan mantener en un ambiente salubre al obrero que trabaja. Esto no siempre es posible del todo, en cuyo caso se remedia, mientras no existan métodos nuevos, disminuyendo las horas de trabajo para disminuir los riesgos de la salud. Pero ello, a veces, trae aparejado el hecho, a que más arriba nos referíamos, de que, para disminuir los riesgos del interior de las industrias, se aumenten los riesgos en sus inmediaciones. Será necesario investigar en este sentido para llegar a métodos que armonicen con la perfecta profilaxis industrial, dentro y fuera de la fábrica, para luego poder incorporarlos con las ordenanzas y reglamentos ya existentes al Código Sanitario Nacional con fuerza de ley.

Artículo 3.º — Inciso 42) «Promover, coordinar y/o fiscalizar las condiciones sanitarias de los establecimientos penales, policiales, de readaptación social y otros similares, y prestar asistencia médica a los recluídos, detenidos o internados».

Este es un inciso de trascendental importancia, desde que debemos tener el concepto de que estos establecimientos no se crearon con la finalidad de castigar con la muerte lenta a que condena un ambiente insalubre, sino con el criterio de tener al delincuente o desviado social alejado de la comunidad, para que no sea un agente pernicioso en ella, y tratar en lo posible de readaptarlo a la vida

normal para que, aun en su encierro, pueda ser un material humano que produzca para beneficio de la colectividad.

Para que ello sea factible, deberá dársele, además de lo que se menciona en cuanto a la asistencia médica, un albergue higiénico, con las condiciones suficientes que aseguren el goce de su salud. Ello deberá ser reglamentado con un sentido estricto médico-higienista que el Estado se encargará de cumplir para no resultar un contraventor más.

En este punto, debemos procurar que la legislación de estos establecimientos penales o de readaptación no se diferencie de la de las ciudades higiénicas más que en la privación de la libertad y la obligación de observar un régimen determinado.

Artículo 3.° — Inciso 49) Promover la construcción, ampliación y reforma de los establecimientos públicos destinados a fines sanitarios o asistenciales, acordar o denegar la autorización para fundar nuevos establecimientos o ampliar los existentes; determinar su ubicación, dar normas y adoptar programas en su consecuencia y proveer a su construcción».

Esto es algo muy importante, y en la parte del plan correspondiente a vivienda, ya lo mencionamos, así como en la parte de la *Vigilancia Sanitaria en los edificios públicos y privados*. Decimos allí algo que es perfectamente superponible al inciso 49): «deberá ser ejercida por personal técnico, dada la responsabilidad que ello significa, y las normas a cumplir deberán estar especificadas en un *Código Sanitario de la Edificación*, a los efectos de que su cumplimiento esté respaldado con fuerza de ley. Este Código Sanitario de la Edificación deberá contener un articulado completo, proveniente de un estudio exhaustivo del *régimen higiénico* a aplicar en los edificios.

Este mismo código deberá tener un articulado que discrimine la *caracterización de los edificios por regiones según situación geográfica, clima, economía de la zona, tradición y hábitos locales y topografía del terreno.*

Ahora bien: la vigilancia sanitaria de los edificios públicos y privados deberá estar sujeta a ciertas reglas que, bien cumplidas, han de rendir un gran resultado en la labor a que se aboquen los organismos técnicos para el mejoramiento higiénico-sanitario de la vivienda (en este caso transitoria, como son los establecimientos públicos destinados a fines sanitarios o asistenciales). Lo que decíamos con respecto a la vivienda privada, se puede adaptar perfectamente a los edificios públicos a que hace mención el inciso 49).

Deberán clasificarse los edificios públicos destinados a fines sanitarios o asistenciales en tres grupos:

1.° Edificio público destinado a fines sanitarios o asistenciales, susceptibles de conseguir, mediante la instalación de obras sanitarias, las condiciones higiénicas necesarias.

2.° Edificios públicos destinados a fines sanitarios o asistenciales que, sin llegar a lograr este mejoramiento, pueden tolerarse si se realizan en ellos obras de compensación sanitaria que transitoriamente los haga habitables.

3.° Edificios públicos destinados a fines sanitarios o asistenciales en malas condiciones e incapaces de ser corregidos para destinarlos a tal fin, que deben clausurarse o demolerse.

Las visitas de inspección, realizadas por el médico o agente inspector que se ocupará de dar el informe correspondiente, le permitirán con su criterio técnico, hacer la anterior clasificación. Y sobre los edificios públicos aludidos, en malas condiciones, propondrá las medidas más convenientes para reemplazarlos por otros nuevos.

Decimos de las viviendas comunes y edificios públicos lo mismo que debemos decir de los de carácter sanitario y asistencial; si este problema debe ser resuelto en forma definitiva para bien del futuro sanitario y social del país, deberá ser llevado a cabo a toda marcha sobre la base de informaciones bien hechas en cada localidad, con el objeto de ir sustituyendo por edificios nuevos los muchos inhabitables existentes.

Además, tendremos presente en este inciso 49) que los nuevos establecimientos a instalar deberán ser de acuerdo a los modernos planos destinados a este efecto y a las obras de ampliación realizadas con igual criterio, teniendo siempre cuidado de dejar margen para futuras ampliaciones. El organismo técnico deberá dictar normas reglamentadas con fuerza de ley para la construcción de otros edificios destinados a este fin, y no permitir la habilitación de establecimientos de esta índole que no se adapten a dicha función.

El Estado deberá dictar «normas» y asesorar, para que los establecimientos a construirse se ajusten en sus planos a los fines sanitarios o asistenciales, dentro de reglamentaciones codificadas. Tratará también de que su ubicación contemple las necesidades regionales, acordando o denegando la autorización según las circunstancias. Esto mismo podemos decirlo con respecto al inciso 50

Artículo 3.° — Inciso 50) «Acordar o denegar la autorización para fundar o establecer nuevos establecimientos privados de asistencia médica o social, ampliar los existentes».

Este último inciso está encarado con bastante exactitud en lo que se refiere a la ciudad de Buenos Aires en el Digesto Municipal.

Podría ampliarse contemplando las necesidades regionales del país, darle fuerza de ley y tendríamos un perfecto «Código Sanitario Nacional» en lo que se relaciona con estos establecimientos.

Artículo 3.º — Inciso 56) «Promover, organizar y/o proveer el perfeccionamiento de *médicos higienistas* epidemiólogos y otros especializados en problemas de *Salud Pública, Ingenieros Sanitarios*, laboratoristas, enfermeras, visitadoras, asistentes sociales, dietistas y otros técnicos o auxiliares sanitarios».

Este inciso interesa en la acción social e higiénico-sanitaria de la habitación por el hecho de que la asociación de todos estos técnicos, trabajando en colaboración, cooperación y coordinación, podría dar una solución amplia al problema de la vivienda. Teniendo en cuenta que este será un plan a desarrollar en años, debería ser reglamentario que se active la formación de más médicos higienistas y la creación por ley de la Escuela de Ingenieros Sanitarios tan necesarios para el desarrollo amplio de la salud pública del país, que sumados a los demás especializados, podrían realizar una labor eficiente y decisiva.

Artículo 3.º — Inciso 58) «Aplicar y promover la aplicación de las sanciones previstas para los infractores de las disposiciones de la legislación sanitaria, de las que se dicten en consecuencia y de las contenidas en sus reglamentaciones y decretos».

Debemos manifestar que en materia de Salud Pública, la ley debe aplicarse con todo rigor, máxime cuando hay intención de no cumplirla, puesto que, si equivocarse en la salud privada, significa, a veces, la muerte de la víctima de la equivocación, pensemos que la salud pública es patrimonio del pueblo y que equivocarse en el procedimiento de cuidarla será grave, y el no respetarla intencionalmente, un crimen, a veces de consecuencias fatales para la sociedad, que se debe castigar inexorablemente con todas las fuerzas de la ley. A este fin deberán confeccionarse penalidades acordes con la gravedad y consecuencias de las infracciones; se aplicarán multas y, en caso de reincidencia, penas corporales acumulativas.

### ESTRUCTURACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA DIRECCION DE LA VIVIENDA

Dentro de esta parte del Plan Quinquenal de Salud Pública, debemos considerar, a los efectos del normal y armónico desempeño, cuatro funciones principales:

1.º Función de estudios e investigación.
2.º Función de policía sanitaria.
3.º Función higiénico-sanitaria.
4.º Función social.

Para que estas actividades sean realizadas con eficiencia, deben estar en completa y continua colaboración, coordinando sus esfuerzos al mismo fin: VIVIENDA SANA, ECONÓMICA Y SUFICIENTE. Pero para que ello sea posible, los funcionarios que en dichas actividades han de actuar, deben tener presente que si su obligación termina dentro del límite de sus funciones específicas, su misión noble y sublime (dado que a su custodia deberá estar lo más grande que posee el género humano: la salud) no tiene límites, debiendo poner energías físicas y sentimientos espirituales al servicio de las verdaderas reservas de una nación: SU PUEBLO EN SALUD.

Pensamos que las funciones deben estar separadas a los efectos de la buena organización, pero imbricadas, para que ellas adquieran la solidez necesaria a los fines de una acción efectiva y conjunta.

1.º *Función de estudios e investigación:*

Tendrá a su cargo el estudio de los proyectos, planes, ideas, etc., que sobre problemas inherentes a la vivienda se planteen, ya sean problemas climáticos, arquitectóninicos, sobre materiales de construcción, de ingeniería sanitaria, planos, decorados e interiores, geológicos y topográficos, etc., sean éstos de procedencia nacional o extranjeros, oficiales o particulares. Dichos problemas, después de un estudio y selección por personal especializado, médicos higienistas, ingenieros, etc., pasarán a la Sección de Arquitectura e Ingeniería Sanitaria del Instituto de Higiene Pública, a los efectos de su experimentación.

2.º *Función de Policía Sanitaria:*

Tendrá a su cargo la vigilancia e inspección sanitaria de locales en general, como ser casas habitación, hoteles, restaurantes, lugares de espectáculos, edificios públicos, fábricas, etc. Dicha función deberá ser desempeñada por médicos inspectores, así como por personal de inspección idóneo que se regirán, para el desempeño de tan delicada y vasta misión, por el Código Sanitario Nacional, poniendo, además, el criterio en aquellos casos no contemplados con exictitud, que servirán para sentar antecedentes en los mismos. Estas situaciones de excepción serán las que pasarán a estudio, todos los años, de la comisión que se encargue del Código Sanitario para incorporar o cambiar reglamentaciones de acuerdo a las necesidades que se vayan presentando.

La policía sanitaria tendrá que encargarse también de la aplicación de las penalidades de acuerdo a lo estipulado en el mismo Código Sanitario Nacional, cuando sus reglamentaciones no fueran cumplidas.

3.º *Función higiénico-sanitaria:*

Se ocupará del catastro de la vivienda y habitación, en la forma que ya lo explicamos sucintamente en el desarrollo del gráfico N.º 12.

Lógico será que el personal empleado en estas tareas, sea administrativo, con conciencia amplia de lo que su misión significa, puesto que del catastro perfecto surgirán las estadísticas que mostrarán la marcha progresiva, el estancamiento o el retroceso, en el resultado de lo que se haga en el país en materia de vivienda.De una estadística perfecta dependerá la variación o la permanencia del rumbo con que marche la organización. Dependerán de ello, también, las directivas que deba asignarse a la sección *Saneamiento Urbano y Rural*, que lógicamente deberá estar a cargo de personal técnico, de médicos higienistas e ingenieros sanitarios. Dentro de las *funciones higiénico-sanitarias* tendremos que incluir la lucha contra el hacinamiento y la promiscuidad, que forzosamente han de estar imbricadas, como ya se ha dicho, con la Función Social, dado que estos son problemas inherentes en gran parte a la moral.

4.º *Función social.*

Tendremos que contemplar aquí tres labores importantes: preventiva, educativa y asistencial y, por otro lado, un problema que debe ser solucionado en forma definitiva para que no sea más una preocupación del Estado: la campaña contra el conventillo.

La función social, desde el punto de vista preventivo, debe dedicarse como principal objetivo a que toda clase de habitación sea destinada a su fin específico, teniendo en cuenta que dicho fin específico se desvirtúa cuando ella no se adapta, por su construcción, conservación, higiene y seguridad, a la función predeterminada.

La función social educativa tiene en esta faz del plan una importancia grande. Sabemos que el hábito de ahorro, así como las costumbres higiénicas y morales de un individuo, dependerá, en gran parte, de su entusiasmo por poseer una *vivienda sana, económica y suficiente.* Claro esque, para ello, debemos cumplir con otra función que es la *asistencial*, mediante el fomento de métodos de construcción económicos; pero también por medio de la ayuda económica que, como ya dijimos en otro lado, se llevará a cabo en colaboración con las instituciones destinadas a tal fin.

Todas estas funciones de carácter moral, espiritual y educativo, deberán ser desempeñadas por personal de visitadoras y asistentes sociales con reconocida capacidad técnica. Ellas mismas, por todos los medios de propaganda, podrán luchar en forma efectiva en la campaña contra el conventillo para hacer que éste tienda a desaparecer en forma definitiva. Ello se debe conseguir, no solamente dando casa habitación higiénica y suficiente al pueblo, sino haciendo que la mancha que significa un conventillo dentro de la higiene y la moral de una gran ciudad, sea sentida por el espíritu de cada uno de sus habitantes. Es por ello que la función social debe apoyarse sobre un fuerte pilar, que será la función educativa.

En lo que respecta al orden anual, dentro del Plan Quinquenal que cumpliremos para dar solución al problema de la vivienda, lo encaramos en la parte correspondiente a Urbanismo y Saneamiento Rural.

## CAPITULO XXIII

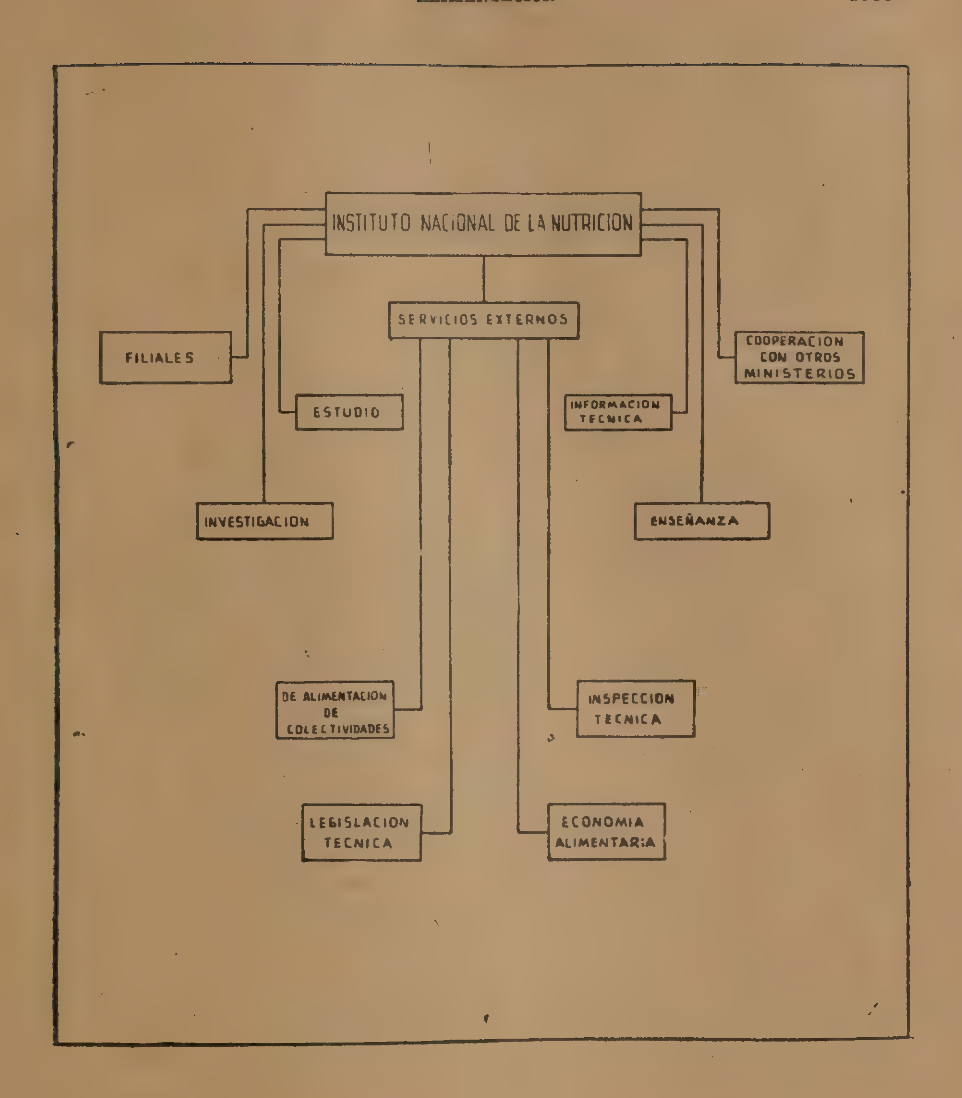
### *ALIMENTACION*

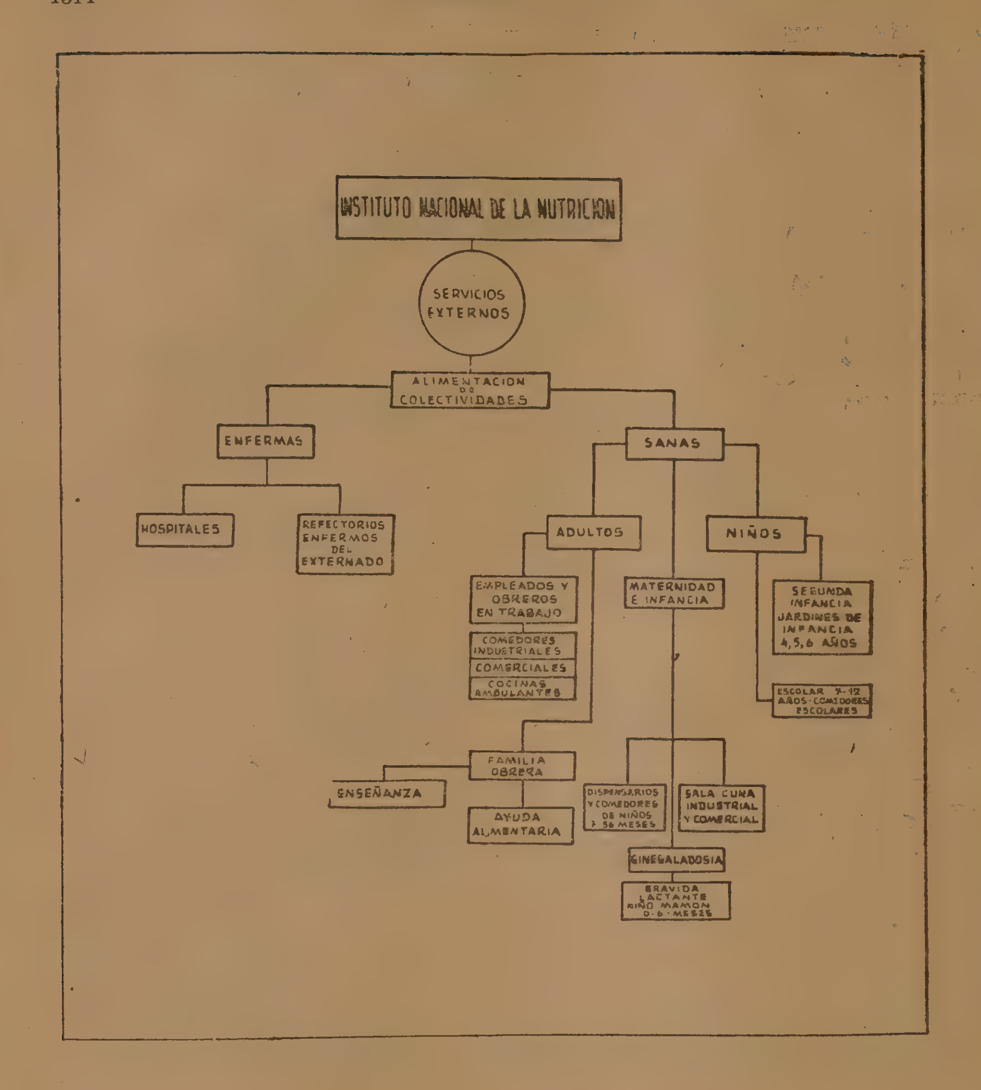
*Procurar para la población del país una alimentación correcta, tanto para el hombre sano como para el enfermo, individual y colectivamente considerados, con la finalidad de obtener, conservar o recuperar la salud y aumentar el vigor físico, intelectual y moral del individuo y de la sociedad.*

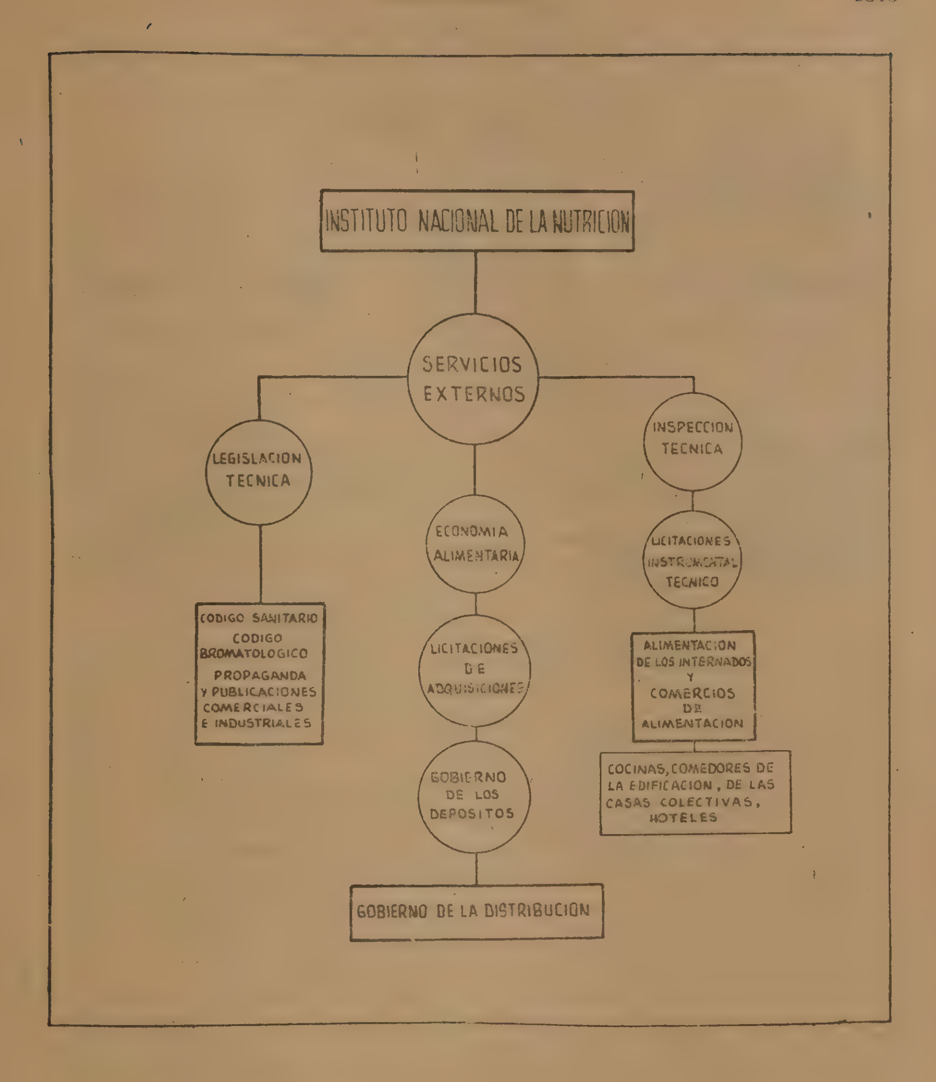
En el hombre normal, la alimentación debe llenar una serie de exigencias, unas de más jerarquía que otras, pero todas deben responder al objetivo común de mantenerlo en salud y de acuerdo a las necesidades fisiológicas de los diversos momentos evolutivos del trabajo y medio ambiente. Para cumplir dichas finalidades, es necesario que la alimentación sea correcta, entendiéndose por tal la que cumple las siguientes condiciones: la ración alimenticia debe ser suficiente, completa, armónica y adecuada. Esto constituye las llamadas leyes de la alimentación, reglas preestablecidas que orientan el criterio antedicho. Debe tenerse en cuenta en la ración alimenticia sus dos aspectos, el cuantitativo y cualitativo. En cuanto al primer aspecto, es decir, el cuantitativo, la alimentación debe aportar al hombre sano la suficiente energía calórica para mantener y cumplir las exigencias de la vida. Respecto al segundo aspecto, debe ofrecer la alimentación todos los principios alimenticios que integran al organismo: mínimo proteico, minerales, vitaminas y el porcentaje de distribución de dichos principios entre sí, para mantener el carácter de un régimen correcto. Deben enseñarse las necesidades imprescindibles que tiene el organismo de materiales proteicos, y la jerarquía de ellos por sus aminoácidos fundamentales, adquiriendo en este sentido mayor valor biológico las de origen animal sobre las de origen vegetal. Debe también señalarse el rol de los diversos principios alimenticios que integran una dieta, es decir, la importancia que adquieren en la alimentación los hidratos de carbono, las grasas, su porcentaje de distribución calórica y los requerimientos mínimos indispensables de los minerales y las vitaminas. Estos diversos principios alimenticios deben guardar una relación de proporciones entre sí, para que la alimentación sea armónica, pues la falta de cumplimiento a esta ley trae como consecuencia una desarmonía en la alimentación, originando las en-

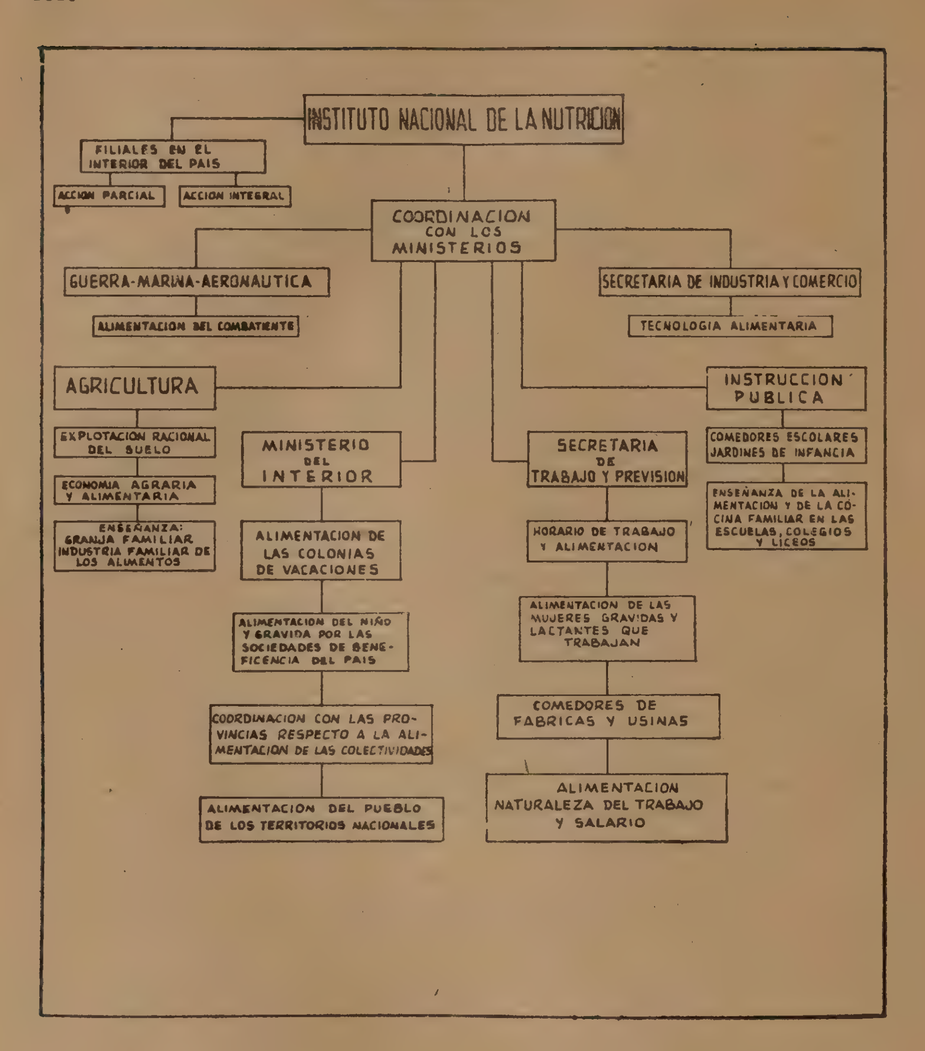
fermedades por desarmonía. También es necesario tener en cuenta que la finalidad de la alimentación está de acuerdo a los diversos momentos evolutivos y biológicos: así, en el niño, la finalidad es su normal crecimiento y desarrollo; en la grávida, la finalidad es llevar a término la gestación y asegurar un niño sano; en el trabajador, tender al máximo de su rendimiento. Es necesario tener en cuenta en el cuidado y vigilancia de la alimentación la forma de preparación de los alimentos, su modo de compra, a fin de que a la parte racional de la misma, se le sume la fase económica de gran importancia en todos los casos. En síntesis, hay que educar en materia de alimentación, pues el desconocimiento de los individuos y de las colectividades acerca del valor alimenticio de las diversas sustancias a su alcance, hace que muchas veces su régimen se torne inadecuado, y todo ello podría ser subsanado mediante los conocimientos pertinentes en esta materia. Por ello se torna imprescindible la enseñanza de la técnica de la alimentación racional y la divulgación, por los organismos sanitarios de las normas de la buena alimentación. Ello se hace indispensable dado que existen errores de concepto, arraigados en el empirismo, que es necesario desechar en la alimentación popular. En efecto, de gran utilidad es la enseñanza de seleccionar y utilizar los alimentos de acuerdo al valor nutritivo de los mismos, a las características regionales (en cuanto a la producción local hábitos y costumbres), y al costo de los alimentos, en una palabra «enseñar a comer a la población». En este sentido, la enseñanza técnica estaría a cargo de los médicos dietólogos, dietistas y auxiliares de la alimentación, los que en forma práctica y sencilla inculcarán los principios básicos de una alimentación correcta. También es necesario encarar una política alimenticia que contemple las disponibilidades de las diferentes zonas del país. Se impone, en materia de vigilancia de la alimentación, reglamentar los comedores de industrias, comercios, exigiendo una alimentación normal y en relación al precio pagado. Asimismo, reglamentar y vigilar las industrias de la alimentación, particularmente las de fondas y restaurantes humildes donde comen los obreros, cuidando la naturaleza de la comida vendida y de su precio. En todas las instituciones abiertas o cerradas, el control de la alimentación debe estar a cargo del personal técnico especializado. El organismo encargado de la vigilancia y reglamentación de la alimentación de todo el país será el Instituto Nacional de la Nutrición, el que sufrirá las modificaciones y ampliaciones que se consignarán, aprovechando en un todo sus instalaciones y, por sobre todo, su plantel extraordinario de técnicos que hacen desde muchos años a este parte verdadera escuela.

La planificación de las futuras actividades del Instituto Nacional de la Nutrición quedan bosquejadas en los gráficos siguientes.


INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION
SERVICIOS EXTERNOS
FILIALES
ESTUDIO
INVESTIGACION
COOPERACION CON OTROS MINISTERIOS
INFORMACION TECNICA
ENSEÑANZA
DE ALIMENTACION DE COLECTIVIDADES
INSPECCION TECNICA
LEGISLACION TECNICA
ECONOMIA ALIMENTARIA


INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION
SERVICIOS EXTERNOS
ALIMENTACION DE COLECTIVIDADES
ENFERMAS
HOSPITALES
REFECTORIOS ENFERMOS DEL EXTERNADO
SANAS
ADULTOS
EMPLEADOS Y OBREROS EN TRABAJO
COMEDORES INDUSTRIALES
COMERCIALES
COCINAS AMBULANTES
FAMILIA OBRERA
ENSEÑANZA
AYUDA ALIMENTARIA
MATERNIDAD E INFANCIA
DISPENSARIOS Y COMEDORES DE NIÑOS 7-36 MESES
SALA CUNA INDUSTRIAL Y COMERCIAL
GINEGALADOSIA
GRAVIDA LACTANTE NIÑO MAMON 0-6 MESES
NIÑOS
SEGUNDA INFANCIA JARDINES DE INFANCIA 4,5,6 AÑOS
ESCOLAR 7-12 AÑOS-COMEDORES ESCOLARES


INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION
SERVICIOS EXTERNOS
LEGISLACION TECNICA
CODIGO SANITARIO
CODIGO BROMATOLOGICO
PROPAGANDA Y PUBLICACIONES COMERCIALES E INDUSTRIALES
ECONOMIA ALIMENTARIA
LICITACIONES DE ADQUISICIONES
GOBIERNO DE LOS DEPOSITOS
GOBIERNO DE LA DISTRIBUCION
INSPECCION TECNICA
LICITACIONES
TECNICO
ALIMENTACION DE LOS INTERNADOS Y COMERCIOS DE ALIMENTACION
COCINAS, COMEDORES DE LA EDIFICACION, DE LAS CASAS COLECTIVAS, HOTELES


INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION
FILIALES EN EL INTERIOR DEL PAIS
ACCION PARCIAL
ACCION INTEGRAL
COORDINACION CON LOS MINISTERIOS
GUERRA-MARINA-AERONAUTICA
ALIMENTACION DEL COMBATIENTE
SECRETARIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO
TECNOLOGIA ALIMENTARIA
AGRICULTURA
EXPLOTACION RACIONAL DEL SUELO
ECONOMIA AGRARIA Y ALIMENTARIA
ENSEÑANZA: GRANJA FAMILIAR INDUSTRIA FAMILIAR DE LOS ALIMENTOS
MINISTERIO DEL INTERIOR
ALIMENTACION DE LAS COLONIAS DE VACACIONES
ALIMENTACION DEL NIÑO Y GRAVIDA POR LAS SOCIEDADES DE BENEFICENCIA DEL PAIS
COORDINACION CON LAS PROVINCIAS RESPECTO A LA ALIMENTACION DE LAS COLECTIVIDADES
ALIMENTACION DEL PUEBLO DE LOS TERRITORIOS NACIONALES
SECRETARIA DE TRABAJO Y PREVISION
HORARIO DE TRABAJO Y ALIMENTACION
ALIMENTACION DE LAS MUJERES GRAVIDAS Y LACTANTES QUE TRABAJAN
COMEDORES DE FABRICAS Y USINAS
ALIMENTACION NATURALEZA DEL TRABAJO Y SALARIO
INSTRUCCION PUBLICA
COMEDORES ESCOLARES JARDINES DE INFANCIA
ENSEÑANZA DE LA ALIMENTACION Y DE LA COCINA FAMILIAR EN LAS ESCUELAS, COLEGIOS Y LICEOS

## Un tercio de la población no consume lo suficiente para vivir en salud

Es indudable que el problema de la hipoalimentación existe en el país y, que es una verdad comprobable objetivamente en grandes núcleos de nuestra población, tanto urbanos como rurales. Este hecho es evidente, no solamente ante técnicos e higienistas, sino que hasta el simple profano lo comprueba «de visu» en extensas regiones de la República, en algunas de las cuales existe como fenómeno endémico, histórico y fatal. El problema de la hipoalimentación en nuestro país ofrece características propias. No existe aquélla por déficit de materias primas y tanto observamos la desnutrición en fuertes regiones ganaderas como en fecundas zonas agricultoras. El problema de la hipoalimentación es de tanta o más importancia que los llamados grandes problemas sanitarios, pues forman núcleos que gravitan en la vida social, económica y espiritual de la nación. El problema de la alimentación correcta es de gran jerarquía, pues el sujeto bien alimentado, bien nutrido, ya posee de por sí el 50 % de armas para defenderse de los ataques del medio externo que debe sufrir fatalmente por el solo hecho de vivir. Son datos suficientemente elocuentes las estadísticas del morbimortalidad infantil, el término medio de vida, el valor económico del hombre como factor productivo, el rendimiento físico, la proporción de sujetos aptos para el servicio de las armas, y a un índice mental, espiritual y cultural de las diversas regiones del país, que coinciden con las zonas en que idóneos y profanos han observado la hipoalimentación como endemia. Para vivir en salud es necesario una correcta alimentación, que asegure al individuo un bienestar físico y psíquico, que le permita cumplir con las exigencias de su momento evolutivo (niñez, adolescencia, adultez, senectud), y con las condiciones de trabajo y clima (zonas tropicales, trabajo obrero e industrial), llevar a cabo los momentos biológicos (embarazo, lactancia), y que permita asegurar generaciones sanas. Para todo ello es necesario crear en zonas donde el problema es más agudo y endémico CENTROS DE ALIMENTACION que vigilarán la producción, distribución y consumo de los alimentos de las zonas, todo ello en coordinación con los demás organismos estatales.

## Ayuda alimentaria para el obrero y la población del interior

Es indudable que la acción a desarrollarse en este sentido ha de tener preferencia en las zonas más afectadas por este problema. La ayuda sólo podrá planearse después de un estudio bioló-

gico, económico y social de las poblaciones trabajadoras; se deberá estudiar la economía de cada provincia. La ayuda debe ser parcial, es decir, de acuerdo a las características de cada región y en medida necesaria para que estos núcleos se recuperen con el propio esfuerzo. Existen zonas en nuestro país, como las de San Juan, La Rioja, Catamarca, Salta, Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero, Corrientes, Misiones, etc., que necesitan el apoyo del Gobierno Nacional. Es imprescindible que en materia de alimentación la ayuda alimentaria se haga en forma eficiente para que ella llegue a todos los hogares humildes, protegiéndose así a las familias, célula básica de nuestra nacionalidad. Debe basarse la ayuda a realizar, aumentando el poder adquisitivo del presupuesto obrero, respetando los gustos y costumbres regionales y sin quitar la responsabilidad que tienen los jefes de familia de mantener el hogar formado, para evitar la desintegración del mismo. En este sentido, la ayuda se basará en método de estampillas para los alimentos y demás organismos de ayuda social.

### Adoptar el sistema de la estampilla alimentaria

Este sistema consiste en una ayuda o subsidio familiar a los núcleos necesitados, quienes por este método tendrán a su alcance los alimentos imprescindibles para realizar una alimentación sana y eficiente. Con este procedimiento se evita la desintegración de la familia, pues la ayuda ofrecida exclusivamente, en forma de comedores, trae aparejado la desvinculación de los padres hacia sus hijos, y al mismo tiempo fomenta, en ciertos casos, la conciencia equivocada de lo que debe entenderse por ayuda social.

### Lucha contra el bocio. Subalimentación y carencia

La endemia bociosa ha sido atribuída a diversos factores:

1.°) El agua, que se bebe dentro de ciertas regiones, aunque no está aclarado el mecanismo por el cual son bociógenas dichas aguas.

2.°) La pobreza en yodo de los alimentos, de la sal, del aire, está demostrada en las regiones endémicas, así como la relativa eficacia de la profilaxis del tratamiento yodado;

3.°) Factor infeccioso en la génesis del bocio.

Con respecto al bocio endémico, la alimentación en el tratamiento sólo actúa como medio profiláctico. La pobreza de yodo en la tierra, en el aire, en el agua, se halla por debajo de lo normal, las plantas y animales de esas zonas tienen en su alimentación po-

breza de yodo; es evidente así que el ser humano desde la infancia, por estas causas, adquiera una disfunción de la glándula tiroides por déficit de este elemento. Esto ocurre en regiones de la República Argentina, especialmente en el norte, zonas andinas y Mendoza, etc., donde, si bien es cierto que puede verse el fenómeno en una forma ostensible (coto), otras veces pasa desapercibido entre las múltiples manifestaciones de las formas atenuadas de este síndrome. Por ello es mejor hablar de zonas de endemia tiroide, que referirse a zonas de bocio, pues, si bien es cierto que lo más llamativo es el bocio, hay otros trastornos que debemos tener en cuenta y que se traducen por la inhibición del desarrollo morfológico y psíquico de los niños afectados.

La profilaxis comienza en la vida intrauterina y va más allá de la pubertad; hay que realizar tratamiento prenatal.

Las medidas a tomar en las zonas de déficit de yodo y de endemia bociosa, cuyo mapa se superpone, son las de yodificar las aguas de consumo, donde sea posible, por la existencia de abastecimiento de A. N. D. A.; en las zonas donde no existen dichas instalaciones, se hará la provisión en forma de chocolatines y de sal yodada, en colegios, establecimientos, fábricas y talleres.

En cuanto a la subalimentación, es de señalar que cada individuo necesita un mínimo de alimentación para mantener su integridad biológica, el rendimiento en el trabajo, es decir, para mantenerse en salud. El rendimiento del esfuerzo está relacionado directamente al vigor físico, de ahí que la desnutrición que modifica las condiciones orgánicas y fisiológicas, aminorando su capacidad e inferiorizando en general a la economía humana, transforma el potencial humano en un elemento negativo para la sociedad.

Un régimen carente es aquel en el cual falta un principio alimenticio y origina enfermedades por carencias. En realidad, pocas veces pueden observarse verdaderas carencias, pues salvo excepciones, son de más corriente observación las reducciones en la cantidad de los principios alimenticios, originando formas atenuadas de carencias o hipocarencias. En efecto, las dietas pobres en proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas, originan trastornos en la salud, cuya gravedad está de acuerdo a la época de la vida en que esas condiciones actúan y al tiempo mantenido por dicha alimentación incompleta. En lo referente a las carencias de proteínas, es necesario señalar la jerarquía de las proteínas animales sobre las vegetales, y la intensidad de los trastornos acaecidos por un consumo deficiente, especialmente en los momentos de mayor intensidad del crecimiento y desarrollo, del trabajo y de la situación biológica individual.

Son fundamentales las carencias de sales minerales, interesando especialmente las del hierro, calcio y cloruro de sodio. Las del hierro conducen a estados anémicos de gran importancia y muy frecuente es observarlas en los niños, especialmente en los lactantes, en los cuales es necesario vigilar la alimentación en ese sentido como así las carencias de calcio que conducen a afecciones del esqueleto y trastornos en la dentición, cuidando que la alimentación sea suficiente en calcio, fósforo y vitamina D. No es necesario recalcar la importancia que adquieren las vitaminas y las repercusiones de sus carencias por falta de cumplimiento de una alimentación correcta, ya sea por razones económicas, por ignorancia, por falta de aporte suficiente o por preparaciones inadecuadas de los alimentos. La sintomatología de las carencias vitamínicas o, mejor dicho de las hipoavitaminosis, depende del grado evolutivo, pues existen períodos latentes en los cuales los organismos no exteriorizan trastornos que luego en un período más avanzado se revelarán por síntomas diversos: astenia, anorexia, perturbaciones de la visión, irritabilidad, trastornos digestivos, trastornos nerviosos, hemorragias, etc., que dependerán del grado de la carencia y de las vitaminas ausentes. La investigación de estos hechos puede ser realizada en las diversas zonas del país en que por sus condiciones económicas y de alimentación existen las diversas formas de los fenómenos señalados, haciendo el estudio de la encuesta alimenticia y la alimentación actual, empleando a veces otros procedimientos para comprobar la existencia de la hipoavitaminosis, especialmente en los núcleos infantiles (radiografía de huesos en los niños, determinación de la hemoglobina, proteidemia total, peso corporal, etc.).

## Distribución geografica

Para el estudio de los diversos factores que inciden en la producción, industrialización y consumo de los alimentos y la repercusión que dichos factores efectúan sobre los núcleos de poblaciones, se hace imprescindible el estudio y división del país en zonas geográficas que permitan conocer las necesidades de toda la República.

Hay zonas que carecen de ciertos productos alimenticios y otras que son productoras en abundancia de los mismos; el estudio de las disponibilidades alimentarias de cada una de ellas, trae como consecuencia poder regular la distribución y el consumo o de arbitrar medios en las zonas que carezcan de los elementos necesarios. Esta función debe ser realizada en coordinación con el Ministerio de Agricultura y demás instituciones oficiales que tengan atingencias con este problema.

### Protección al escolar

En este período ocurre una serie de procesos fisiológicos de gran importancia, si consideramos al individuo como factor de progreso y ente social útil para la colectividad. En efecto, los fenómenos de crecimiento y desarrollo continúan sucediendo, aunque con menos intensidad, que en el período biológico que le precede, y a éstos, ya de por sí importantes, hay que agregar los esfuerzos que requiere la escolaridad. Este ideal de la escolaridad, cuya importancia para el futuro ciudadano ya lo vislumbró el gran Sarmiento, desgraciadamente no es alcanzable en todas las regiones de nuestro país, aunque felizmente la corriente actual trata de cumplirlo en todos los ámbitos de nuestra patria. En general, un organismo vigoroso da un cerebro igualmente vigoroso. Cuántos de los abúlicos, aproxésicos, indiferentes y retrasados en la escuela, no son más que niños subalimentados crónicamente, en donde el instinto de conservación de la especie prevalece sobre su posible vida intelectual, pues lo físico y lo psíquico son, en realidad, indivisibles y, si existen apremios vegetativos que en último término traducen el hambre celular, mal puede haber cabida para concepciones abstractas y generosas. El problema en el escolar se complica, pues nos encontramos con que muchos de estos niños, a pesar de su tierna edad, realizan trabajos, ya sea en ayuda de sus progenitores o para subsistir ellos mismos, al tiempo que cumplen con la escuela como una obligación fiscal, resultando ésta, en último término, una sobrecarga que la mayoría no puede sobrellevar. La frecuencia y trascendencia de la hipoalimentación, se observa más claramente en el medio escolar, donde gran cantidad de niños, en franca época de crecimiento y desarrollo, son francamente débiles, en quienes a la hipoalimentación se le agregan hábitos higiénicos defectuosos y costumbres alimentarias perniciosas e inadecuadas. La alimentación en el comedor escolar contempla las características y necesidades del niño en ese período y los principios que gobiernan la realización técnica de la alimentación de dichas colectividades. Ello es así por la jerarquía que adquiere la alimentación en este período de la vida y que está dado por el crecimiento y desarrollo, siendo la intensidad de los trastornos y la gravedad de los mismos, en relación a la calidad y cantidad de errores alimenticios cometidos y en relación a la edad del niño. Este estado de cosas lo llevan al adelgazamiento y, lo que es más grave aun, a la desnutrición, con pérdida de capacidad para el trabajo físico y mental, disminución orgánica y funcional, que gravitará en su salud. Más tarde repercutirá en la economía de la Nación por las legiones de individuos inaptos para el servicio de las armas, disminución productiva de los obreros en las fábricas y en las industrias, todo ello,

consecuencia de la alimentación incorrecta de la infancia. Deben tenerse en cuenta, en la alimentación de estas colectividades, los requerimientos mínimos indispensables de los diversos principios alimenticios y, que la alimentación del escolar debe ser realizada de acuerdo a los grupos biológicos en base al peso corporal y no a la edad, además de considerarse la forma de preparación y servicio. En base a todo ello se administrará una alimentación correcta, que contemple los gustos y hábitos de los niños, pues el desconocimiento de estas reglas lleva al fracaso a los comedores escolares por distintas vías: falta de diversos principios alimenticio especialmente de los alimentos protectores; preparaciones inadecuadas; alimentación monótona, etc.; para evitarlo debe contarse con el gobierno de la alimentación en manos de personal técnico para que estas obras sean positivas y benéficas. La lucha debe realizarse con la ayuda alimentaria familiar, determinando el estado económico de las mismas y enseñando el manejo adecuado de los alimentos, creación de comedores escolares, huerta escolar obligatoria y granja familiar, aboliendo el sistema actual de la ayuda escolar, que constituye una simulación con riesgo de la salud de los niños.

Rehacer su organización y ponerla en manos de los técnicos de alimentación como, asimismos, debe extenderse esta acción a todos los lugares donde haya internado de niños. Alimentación abundante, sana y correcta para todos, en esto reside la protección del escolar y con ello la clave de los problemas sociales de la alimentación.

### Protección de la madre embarazada y de las nodrizas

Este problema fundamental debe encararse en forma exhaustiva por todos los organismos existentes, a fin de asegurar la alimentación correcta de todas las grávidas del país, especialmente en el segundo cuatrimestre en las familias con recursos limitados. Esta acción debe extenderse a las madres lactantes y a los niños en la primer infancia, procurando combatir y reducir la morbimortalidad infantil. A tal efecto, deben extenderse las obras de las cantinas maternales, comedores en fábricas y establecimientos industriales con más de 100 obreras, cuotas suplementarias alimentarias en la segunda mitad del embarazo, adoptando el sistema de la estampilla alimentaria. En cuanto a las nodrizas, la acción se realizará por intermedio de los comedores de amas de leche, examen médico periódico, salas de lactancias en fábricas, talleres, protección contra las industrias y ambientes insalubres y otras medidas tendientes a aumentar el subsidio de alimentación a las clases indigentes.

## Alimentación maternal

### De la madre embarazada; del niño; de la madre lactante.

*Alimentación de la grávida.* — En esta situación biológica, la mujer tiene modificaciones de su estado fisiológico y, desde el punto de vista de las modificaciones de la nutrición, se deben distinguir en la grávida dos grandes períodos: uno que abarca los primeros cuatro meses, en el cual prácticamente no hay problema en la alimentación. El otro, que comprende del cuarto al noveno mes, es importante, pues la formación de tejidos que involucra la situación biológica del embarazo y del nuevo ser, se traduce por un aumento progresivo del peso en la embarazada, que puede llegar hasta el 20 % de su peso inicial. La consecuencia de esta formación de tejido es que la grávida debe recibir dos raciones, una doble cuota: la que le corresponde a ella como tal o cuota de mantenimiento, y otra cuota que es la de crecimiento. También hay mayor requerimiento de materiales plásticos y energéticos; las proteínas aumentan de uno a dos gramos por kilo de peso y por día; el calcio, el hierro y las necesidades de vitaminas deben contemplarse realizando una alimentación correcta y generosa. La alimentación de la grávida tiene gran importancia desde el punto de vista de la puericultura, pues su cumplimiento se traduce en positivos beneficios para el hijo. Entonces, cabe señalar que no puede dejarse a criterio de la embarazada la alimentación, la cual deberá ser vigilada y relacionada a las diversas actividades normales y en función del trabajo que ella ejecuta.

*La madre que cría.* — La lactancia significa una pérdida de material energético y plástico que es la leche, y en función de la misma, deberá la alimentación contemplar las pérdidas referidas, especialmente los materiales plásticos a los cuales necesita restituir. La alimentación de la mujer que cría deberá ser aumentada en valor calórico, materiales plásticos, vitamínicos y en función de la actividad física que realiza.

La importancia de la alimentación en este momento biológico es equivalente a la de la mujer grávida. Se consigue modificar la calidad de la leche, así como aumentar el valor nutritivo de la misma, mediante una alimentación correcta; es un hecho comprobado que mediante la alimentación correcta se hace aumentar el valor biológico, calórico y ciertos principios alimenticios en las nodrizas que cumplen con dicho precepto.

*Del niño.* — La alimentación durante este periódico de la vida es progresiva, desde la leche que idealmente debería ser brindada por el seno materno, hasta la edad de la escolaridad en que la alimentación es similar a la del adulto. Durante este lapso, el niño

debe crecer y desarrollarse; crecer de acuerdo a las posibilidades fijadas por la ontogenia y filogenia y desarrollarse diferenciando sus diversos órganos y sistemas hasta su máxima capacidad anátomo-funcional; durante el primer semestre de la vida, la leche humana debe ser el único alimento del niño, el requerimiento calórico mineral y vitámico lo obtiene de la lecha humana correcta, es decir, aquella que proviene de una madre lactante alimentada correctamente. Cuando por diversas razones la madre del niño no puede amamantar a éste, es necesario ofrecerle al lactante mezclas lácteas correctas. La alimentación del niño, después de este período o sea la ablactación, va agregando papillas y otros elementos, sucesivamente, que van integrando, en forma paulatina, la alimentación general de la especie con requerimientos propios a los diversos momentos evolutivos.

El organismo no sintetiza nada; hace los continuos fenómenos de creación, renovación y destrucción de tejidos a expensas de los materiales que ingresan en su alimentación desde el exterior, variando la cantidad y calidad de éstos de acuerdo a las variaciones de su biología. La infancia es un momento de la evolución eminentemente constructiva, donde el anabolismo prevalece sobre el catabolismo, y se deben formar los distintos tejidos: óseo, nervioso, muscular, sanguíneo, etc., y eso únicamente lo puede hacer si el aporte del exterior en calidad y en cantidad es suficiente.

Enumeraremos, para atestiguar nuestra afirmación, algunos cuadros conocidos; así observamos raquitismo en algunas zonas por disfunción del calcio y vitamina D, anemias por falta de hierro en la alimentación, afecciones pelagrosas por falta del factor PP, desnutrición e hipoalbuminosis por falta de la cuota proteica necesaria, bocio y cretinismo endémico por insuficiencia de yodo, descenso de los índices de inmunidad natural por alimentación defectuosa, retardo en el peso y en la talla, mortalidad y morbilidad fácil y, en fin, gran número de retardados pedagógicos. Estas diversas carencias, generalmente, son múltiples no únicas, y así podemos igualmente verificar escorbutos y hasta cuadros beri-beri, producidos en las distrofias farináceas por el uso exclusivo en la alimentación de los lactantes de los hidratos de carbono. Con esta rápida revisión se pueden prever los efectos que tendrán las distintas enfermedades sobre organismos así embargados. ¿Cómo se podrían evitar todos estos cuadros? Haciendo llegar a la niñez los alimentos denominados protectores: leche, manteca, carne, huevos, verduras y frutas que permitirán la evolución de este período de una manera normal, sin llegar, a la etapa subsiguiente, con taras fisiológicas que impiden su adaptación útil al medio social, pues no debemos olvidar que para alcanzar al adulto sano de cuerpo y espíritu, factor de la grandeza de la patria, hay que

crear el organismo infantil fuerte y robusto. La acción a desarrollar por intermedio de lactario, ginegaladosias, provisión de mezclas lácteas correctas, centros de puericultura, ayuda de crianza, constituyen una función médico-social de alto valor higiénico. La ginegaladosia es un organismo que tiene por finalidad la entrega gratuita de leche humana para los niños que la requieran y que están bajo su control. Por este medio se evita la lactancia mercenaria con las funestas consecuencias que ella tiene para el hijo de la dadora. La ginegaladosia, al cuidar del niño, cumple funciones de centro de puericultura y es una forma eficiente de combatir la mortalidad infantil de la primera infancia. La vigilancia y la protección del niño deben encararse en los siguientes aspectos: higiénicos, económicos y sociales, factores que debe contemplar la puericultura, cumpliendo su actividad en la fase educacional, científica y social. También en este sentido debe cuidarse la salud física y moral de los padres, pues con ello se establece la base fundamental de la Eugenesia, y de la Puericultura, pues de padres sanos nacen hijos sanos que cumplieran una evolución normal a través de las etapas de la vida. Ello se consigue con la vigilancia de la grávida y de la madre que cría, realizando así los postulados que involucra la Puericultura preconcepcional prenatal y posnatal.

### ALIMENTACIÓN DE LAS COLECTIVIDADES

Es la parte más urgente y la que podrá ejecutarse de inmediato. Comprende dos directivas diferentes: colectividades sanas y enfermas. Las describiré por separado.

### COLECTIVIDADES SANAS

Comprende 4 grandes grupos: lactantes y primera infancia, del nacimiento a los 36 meses; segunda infancia: 4, 5 y 6 años; edad escolar: 7 a 12 años y adultos. Cada grupo biológico exige un tipo particular de alimentación.

### LACTANTES Y PRIMERA INFANCIA

Será la vía para reducir la mortalidad infantil en el interior del país. La mortinatalidad, el elevado número de débiles congénitos y de prematuros, la mortalidad infantil de 0 a 30 días y la que corresponde de los 2 a 12 meses, tienen una de sus principales causas en la miseria fisiológica de las grávidas, de las madres lactantes, por causa alimentaria y en los trastornos digestivos por mala o insuficiente alimentación y por la tremenda ignorancia del ambiente.

La Ginegaladosias y los Dispensarios de Lactantes y Comedores Infantiles deberán desempeñar papel importante; sólo será posible el éxito si se entrega su gobierno a los técnicos de verdad, preparados para este fin. Se agregará a ello la generalización obligatoria de las salas-cuna industriales.

### SEGUNDA INFANCIA Y EDAD ESCOLAR

La segunda infancia comprende los 4, 5 y 6 años, edad preescolar y concurrentes a los jardines de infancia, cuyo modelo puede hallarse en el Jardín de Infancia Mitre. Aparte del valor educativo, tienen importancia por la parte que pueda darse a la alimentación; de esta manera se completaría la vigilancia del riesgo mayor de la vida, que media en la concepción y el comienzo de la vida escolar.

Los comedores escolares deben ser totalmente modificados en su aspecto, gobierno y finalidad; constituyen la negación absoluta de toda finalidad profiláctica en la edad del desarrollo mayor.

### Alimentación de las colectividades adultas

El establecimiento de la cuota de alimentación para cada edad, momento evolutivo, trabajo, sexo y ambiente, ha sido realizado. También el requerimiento calórico estadístico de la población en base a los censos conocidos.

Dos grandes grupos deben considerarse: el que corresponde a los *obreros y empleados en el trabajo* y el que corresponde a la *familia*. El primero se refiere a los Comedores de los obreros industriales, Comedores de los empleados de comercio, que nunca fué tenido en cuenta y cuyo gobierno y vigilancia deberá hacerse. También las *cocinas ambulantes* que merodean por los barrios fabriles, el puerto, los campos de deporte, etc. La obra del gobierno respecto a las familias de las asalariados debe reducirse a los hogares cuyos recursos habituales no alcanzan a cubrir una alimentación correcta; allí debe llegar la ayuda alimentaria. Para el resto de la población, la acción central debe ser, sobre todo, de educación popular, información y enseñanza de la cocina familiar por todos los medios posibles. Esta parte debe concordar con lo que realiza el Instituto Nacional de la Nutrición en su obra educativa. Para ello deberán aumentarse considerablemente los recursos actuales.

### Colectividades enfermas

Debe reducirse a lo estrictamente necesario la internación de los enfermos para su tratamiento, entre los cuales debe citarse:

enfermos agudos, episodios agudos de las enfermedades crónicas incurables, contagiosos, mentales, niños. El 70-80 % de los crónicos no necesita internarse, entre ellos todos los gástricos, intestinales, los renales, arteriales, cardíacos compensados, la mayoría de los endocrinos, hemáticos, enfermos de metabolismo, etc.; para todos éstos puede utilizarse el método de asistencia por el externado por intermedio del Refectorio, método éste del que poseemos experiencia.

La alimentación de los enfermos hospitalizados deberá ser considerada separadamente.

## INTENSIFICACION DE LA PRODUCCION LECHERA

La importancia de la leche como alimento radica en la calidad y jerarquía de sus proteínas, su alto contenido en calcio, en vitamina A y riboflabina que le dan el carácter del alimento protector por excelencia. La leche es un magnífico alimento y de alto valor biológico que, aunado a su costo, que es inferior a la mayor parte de los alimentos de origen animal, hacen de ella un problema de capital importancia en la alimentación de las colectividades, y un problema de orden sanitario que es imprescindible solucionar.

Es necesario intensificar la producción lechera, intensificar el consumo de leche y aumentar la vigilancia sanitaria de la misma. Para alcanzar el objetivo de intensificar la producción lechera, es necesario contar con razas productoras de leche, mestización del ganado, dar facilidades técnicas y económicas a los tamberos, hacer una campaña sostenida y metódica por intermedio del Ministerio de Agricultura sobre la alimentación del ganado, selección de zonas pastoriles, medidas todas tendientes a asegurar el fin propuesto.

### Hacer de la Argentina un país lechero

Para lograr esta finalidad, es necesario aunar esfuerzos en la acción común. En líneas generales, la realización de esta parte del plan sería: la disminución de los arrendamientos en las zonas propicias; créditos bancarios a largos plazos; protección y fijación de precios a la producción lechera, facilidad de transporte y vías de comunicación; cooperativas de tamberos.

### Educar al pueblo y poner a su alcance la leche

Debe hacerse una campaña de educación popular, enseñando el valor nutritivo y económico que tiene la leche en la alimentación, como así también los peligros que representa el consumo de una

leche no higiénica. Por todos los medios de propaganda se ilustrará acerca de las excelencias de este alimento: alimento protector, fuente de amino-ácidos fundamentales, de calcio, fósforo, vitaminas, su composición química, caracteres físicos, físico-químico y digestibilidad, así como las técnicas correctas en las que este alimento interviene.

Salvo en las regiones de producción abundante y económica, como son las de la mayor parte del litoral y centro del país, la leche, como alimento indispensable y diario, no está al alcance de una parte grande de la población, por razones de escasez, carencia y precio. Hay numerosas localidades donde apenas existe un abastecimiento de leche reducidísimo y el consumo es mínimo; y otras donde cualquier fenómeno climático perturba el abastecimiento normal; otras, en que la carencia es total y permanente, y la gran mayoría donde tal servicio público se hace en forma primitiva y deficiente desde el punto de vista sanitario. Deben estudiarse estas situaciones y plantear conjuntamente las soluciones más adecuadas en cada caso, las que no siempre pueden ser de orden general. Mientras tanto, para afrontar las situaciones de carencia, escasez y carestía que existen temporariamente o en forma permanente en numerosas localidades, será necesario suministrar este elemento en las forma más conveniente posible, sobre todo en las clases necesitadas. Cuando no se pueda suministrar el producto fresco, en ciertas zonas del país, podrá realizarse con substitutos del mismo, es decir leche condensada o en polvo.

## CUBRIR EL DÉFICIT DE LECHE

Comparando el consumo con el requerimiento mínimo normal de leche en nuestro país tenemos:

| | | |
|---|---|---|
| Requerimiento teórico de leche anual .... | 2.828.543.081 | litros |
| Consumo anual de leche ................ | 1.600.000.000 | » |
| Déficit anual ........................ | 1.228.543.081 | » |

Lo que da un déficit por día en el país de 3.365.871, 5 litros y un déficit diario por persona de 249 cc. Para alcanzar a cubrir el requerimiento mínimo normal debe aumentarse el consumo actual en un 72 %.

La producción total de leche en el año 1941 se calculó en 3.400.000.000 de litros, de los cuales se industrializaron 1.800.000.000 litros, y se consumieron como tal 1.600.000.000 litros, lo que da un consumo diario por persona de 324 cc. El requerimiento diario por habitante es de 560 cc. Es necesario señalar también que el requerimiento mínimo de leche varía de acuerdo a la edad y al estado fisiológico así:

| | | |
|---|---|---|
| Hasta los 4 años de edad ............... | 600 cc. | por día |
| De los 5 años a 9 años de edad ........ | 700 » | » » |
| » » 10 » » 14 » » ........ | 800 » | » » |
| » » 15 » en adelante ............... | 500 » | » » |
| Grávida y nodriza. ....................... | 1000 » | » » |

Para intensificar el consumo de leche es indispensable:

*a)* Aumentar la producción por estímulo oficial y privado.

*b)* Clasificar la leche de acuerdo con su calidad y destino, con precios variables en relación a los mismos.

*c)* Asegurar a la clase pobre el consumo indispensable de leche.

d) Intensificar la propaganda sobre leche, incitando a un mayor consumo de la misma.

### No industrializar la leche necesaria para el consumo

Se harán estudios estadísticos para establecer con seguridad las necesidades presentes y futuras de cada localidad, a fin de que puedan contar con la leche requerida. Se determinarán los déficit permanentes o estacionales y, de acuerdo con ello, se limitará la industrialización y elaboración de productos lácteos, según sea la cantidad requerida por el consumo interno de leche fresca, que es la necesidad primaria y que debe cubrirse en primer término, más aún cuando se trata de elaborar productos derivados que se destinan en gran parte a la exportación.

### Precios justos

Debe propenderse por todos los medios a que se reduzcan los costos de producción de la leche de abasto, especialmente en las localidades donde se establezca que son elevados, injustos o irrazonables, pues ello reduce su consumo y hasta la pone fuera del alcance de algunos sectores de la población, precisamente de aquéllos que más la necesitan. Desde luego, no se propugnará que el mantenimiento de precios justos y razonables al público consumidor se obtenga a costa de la compensación que corresponde al productor, la cuál debe también ser justa y razonable. Una forma de resolver este problema es la de poner el abastecimiento urbano de la leche en manos de las sociedades cooperativas de tamberos, con lo cual se suprimiría todo intermediario en este importante servicio público.

### Credito y ayuda al tambero

La producción de buena leche para el consumo público tiene por base fundamental el bienestar del productor y que éste desarrolle su industria en condiciones satisfactorias, tanto económicas como técnicas y sanitarias. Es necesaria la cooperación de las distintas reparticiones del Estado para que éstas le presten el mayor apoyo financiero que sea posible, a fin de asegurar su establidad en la tierra que trabaja; su habitación higiénica; la sanidad de su ganado; el mejoramiento de sus instalaciones y métodos de explotación, y la comercialización de su producción en la forma más favorable.

### Ley de la leche

La Secretaría de Salud Pública designará una comisión de tres funcionarios, encargada de redactar, dentro del término de 90 días, un anteproyecto de Ley Nacional de La Leche, de acuerdo con el cuál y una vez sancionado, se procederá a propugnar la legislación concurrente y complementaria por parte de las autoridades locales en todo el país. La finalidad esencial de esta ley es que todos los habitantes del país tengan a su alcance el suministro de leche higiénica, en cantidad suficiente y a precios justos.

### Contralor sanitario de la leche

Si bien es loable intensificar la campaña de producción, adquisición y consumo de leche en el país, dado el valor nutritivo y económico de la misma, los organismos sanitarios deben, al mismo tiempo, organizar el contralor higiénico de la industria lechera, para evitar los peligros que representa para la salud, el consumo de este alimento en malas condiciones higiénicas.

Debemos señalar que la leche es un alimento perecedero, es decir, que se transforma, destruye y altera con facilidad al cabo de un tiempo más o menos breve. Hay que estudiarla en sus distintos aspectos para prevenir en lo posible su alteración. La observación de sus caracteres organolépticos no es suficiente para dar la noción de su calidad, pues las alteraciones de la leche no se revelan por el examen directo, sinó que debe realizarse el estudio de su composición química. La leche es un problema de carácter nacional y permanente, pues intervienen numerosos factores que pueden hacerla vehículo o causa de enfermedades, con la consiguiente incidencia sobre la salud de la población, todo lo cual constituye un problema sanitario de grandes proporciones.

El aspecto del fraude de la leche interesa relativamente poco al sanitario, puesto que cae este aspecto dentro de las funciones de policía alimenticia. Interesa entonces conocer la leche como vehículo de contaminación y, cuáles son las causas que pueden motivar que ésta se contamine y como pueden prevenirse.

Condiciones sanitarias que requiere la leche. — En la industria de la leche existen tres posibilidades de contaminación:

*a)* Por gérmenes patógenos procedentes del animal que suministra la leche; tuberculosis, brucelosis, fiebre aftosa y las estreptococias debidas a mastitis.

*b)* Por gérmenes patógenos procedentes de la manipulación, a saber: los aportados por los manipuladores; los que pueden acarrear el agua o los utensilios empleados y las contaminaciones debidas a los insectos (moscas).

*c)* Por gérmenes no patógenos que alteran las condiciones organolépticas de la leche, que apresuran su alteración y que, en fin, sirven de índice para determinar el grado de cuidado que se la ha dado a la leche.

En cuanto a las condiciones higiénicas para la obtención de la leche debemos considerar:

1.°) *El tambo.* — Habitualmente la recolección de la leche se hace en condiciones poco higiénicas; el ordeño se practica en el corral, en pleno campo o en lugares descubiertos, dando así lugar a una fácil contaminación, pues esta operación debe realizarse en locales cerrados, techados, con piso impermeable y lavable. En la higiene del tambo debe considerarse la limpieza de los utensilios empleados, de los animales (lavado de las ubres, corte del pelo cercano a las ubres, cubrir la parte posterior del animal con un lienzo); limpieza del ordeñador (de sus ropas y, especialmente, de sus manos en el momento de proceder a la extracción de la leche); los baldes o cubetas deben ser de una abertura pequeña en la parte superior, con el objeto de evitar en lo posible el contacto de la leche con e aire. El ordeño mecánico si bien representa un progreso higiénico, tiene el inconveniente que su limpieza es de difícil realización. Todos estos cuidados disminuyen la fuente bacteriana.

2.°) *Enfriamiento de la leche.* — Debe hacerse inmediatamente el enfriamiento de la leche, pues durante el ordeño, ella sale a una temperatura su-

perior a 30°, que es óptima para el desarrollo microbiano. Los métodos de refrigeración que pueden emplearse son variados y debe tenderse a que en un plazo no mayor de media hora, después que fué ordeñada, esté refrigerada.

3.°) *Almacenamiento de la leche* hasta el envío y transporte de la misma.

4.° *Distribución.* — La lucha sanitaria debe extenderse a la vigilancia de los distribuidores o lecheros. La recolección higiénica y las buenas condiciones de conservación son factores para combatir los peligros de contaminación.

5.°) *Pasteurización.* — En todos los procedimientos de pasteurización se busca la destrucción de los microorganismos y de los esporos, pero en ningún caso se logra realizarla de una manera completa. En efecto, por la pasteurización se destruyen todos los gérmenes indiferentes desde el punto de vista patógeno y los patógenos con excepción de algunos bacilos que no mueren en totalidad; casi todos los bacilos lácticos mueren y la mayor parte de los proteolíticos, quedando sólo las formas espuruladas de éstos últimos. Las malas condiciones de refrigeración pueden hacer aparecer fenómenos de putrefacción, sin que se haya presentado previamente la coagulación, es decir, «la leche se pudre pero no se corta». La leche pasteurizada no se corta porque han muerto los agentes lácticos, pero se pudre, porque se mantienen los esporos proteolíticos, y para evitar ésto, debe procederse a la ebullición. La pasteurización sólo debe aplicarse a leches en buenas condiciones higiénicas, de lo contrario ello crea inconvenientes y es un peligro sanitario. En fin, la pasteurización no ha resuelto el problema de la leche higiénica.

### Profilaxis de las enfermedades del ganado

Sin bien las tareas de sanidad animal incumben, en primer término, a reparticiones dependientes del Ministerio de Agricultura, al que corresponde la aplicación de la ley de policía sanitaria animal, la Secretaría de Salud Pública coadyuvará en ellas, en cuanto concierne a enfermedades transmisibles a la especie humana que en la actualidad afectan seriamente al ganado lechero de todo el país, como la tuberculosis bovina y la brucelosis,

esta última, tanto en la especie bovina como en la caprina. Apoyará con toda su autoridad moral y científica la campaña que debe iniciarse de inmediato en tal sentido. En la profilaxis y erradicación de dichas enfermedades, que han alcanzado una alarmante difusión en los tambos de muchas localidades, sin que se haga hasta ahora nada eficaz por impedirla, y previa determinación de los casos, corresponde, mediante una acción intensiva, realizar la profilaxis en los tambos que producen leche destinada al consumo público, especialmente por vacunaciones preventivas del ganado.

### Libreta de salud

Toda persona que se ocupe en la producción, manipulación, transporte, tratamiento y distribución o venta de leche al público, estará provista de una libreta de salud, expedida por la autoridad sanitaria nacional más próxima a la localidad donde trabaja, que deberá renovarse periódicamente.

### Policia alimentaria

La organización de una policía sanitaria en materia de alimentación, comprende, no sólo la inspección de los alimentos, sino también la de las industrias de elaboración de los mismos y la de los lugares de venta y consumo. La inspección de los alimentos se realiza en la práctica por el examen organoléptico (ejemplo corriente de la carne y pescados) o bien mediante la toma de muestras y su análisis bromatológico. Este análisis químico tiende, por una parte, a descubrir los alimentos que puedan estar alterados, adulterados, y por otra parte, buscar las falsificaciones. La inspección de alimentos, mediante una acción eficaz e intensa campaña, tiende a descubrir las diversas formas del fraude alimenticio. En el aspecto económico de las colectividades interesa la investigación para reprimir el fraude, pues ello perjudica, especialmente, en forma notoria, a las clases más necesitadas. Dicha represión debe estar sistematizada mediante oficinas químicas y organizaciones de vigilancia y contralor, en forma tal, que prácticamente no puedan ponerse a la venta alimentos en esas condiciones sin ser inmediatamente descubiertos. La policía sanitaria, por su organización, vigila el estado higiénico de los alimentos, así como la preparación, conservación, transporte y venta de los mismos, mediante inspecciones frecuentes y sistemática. Como la alimentación tiene una acción específica que se traduce en los organismos por mayor indice de resistencia e inmunidad frente a las agresiones del medio y a las infecciones,

cuidando que ella sea realizada en forma correcta desde los pequeños a los grandes núcleos de poblaciones, con esta acción se asegura y se realiza una forma de profilaxis de salud de los pueblos.

Es necesario que esta acción se extienda, entonces, desde el estado sanitario del alimento (como vehículo o causa de enfermedad, fraude alimentario), análisis y estudios bromatológicos, biológicos y económicos de los alimentos, hasta incluir la fase técnica y de industrialización (preparación, conservación, transporte, venta y servicio de las comidas) de los mismos, todos ellos en función del concepto evolutivo de la alimentación, de los momentos biológicos del hombre y de los factores ambientales.

La inspección de industrias de preparación de alimentos y de los lugares de venta o consumo tiene una gran importancia. Del máximo interés son la inspección de la industria de la leche y la de los establecimientos de venta, casas de comida, hoteles, etc. La vigilancia de las industrias de conserva puede ser de valor y debe tenerse conocimiento de las que existen en las diversas zonas del país, a fin de poder controlarlas. Para la inspección de hoteles, restaurantes, casas de comida, bares y similares, será necesario tomar en consideración los siguientes puntos;

1.° Procedencia de las sustancias alimenticias que emplea el establecimiento.

2.° Agua que reúna suficientes garantías sanitarias.

3.° Eliminación de excretas en buenas condiciones.

4.° Retretes en buenas condiciones y lavabo y jabón anexos.

5.° Local en buenas condiciones.

6.° Empleados con su libreta de salud; buenos hábitos de limpieza y aseo.

7.° Cocina higiénica, con buena ventilación, de modo que no se perciban olores ni haya humo, con paredes lisas, techo limpio y pisos con buen desagüe y limpios; sin suciedad o restos de comida bajo los bancos o en los rincones. Telas metálicas en todas las aberturas. Puertas que abran hacia afuera y provistas de muelles que abran y cierren las puertas solas. Utensilios limpios, lavados con agua caliente y jabón. Los retretes no deben abrir hacia las cocinas.

8.° Toda manipulación de alimentos debe hacerse únicamente en la cocina. Prohibición de que nada de comida de la servida afuera, pueda entrar en la cocina.

9.º Despensas separadas de la cocina, limpias y con los alimentos bien protegidos de las moscas y del polvo, a prueba de ratas, cucarachas y otros insectos y animales. Frigoríficos y neveras en buenas condiciones de funcionamiento y teniendo los alimentos que corresponda.

10. Los alimentos que se encuentran al realizar la inspección deben estar todos en buenas condiciones y bien conservados.

11. Ningún empleado debe dormir en la cocina o despensas. Todos deben tener su armario, toalla propia y medios de limpieza y retretes adecuados y limpios.

12. Las basuras no deben amontonarse en los alrededores o en los patios, y los recipientes que se usen para éllas han de ser metálicos y con cierre.

Para realizar esta acción se creará el cuerpo de inspectores correspondiente y se impondrá el Código de la Alimentación.

## CODIGO ALIMENTARIO

Para poder llevar a cabo todas las disposiciones de la policía alimentaria, es imprescindible reunir bajo un cuerpo de disposiciones o leyes que constituyan un Código Alimentario, con fuerza de ley para reprimir, castigar, multar (penar) las infracciones a las disposiciones establecidas en dicho Código.

Para ello se procederá al nombramiento de una comisión constituída por varios miembros, en que estén representados los diversos aspectos que afectan a los problemas de la alimentación y que, dentro de un plazo prudencial, confeccione dicho Código para ser puesto a la consideración y aprobación de los poderes correspondientes.

### Vigilancia de la alimentación

Uno de los aspectos a contemplar sería la vigilancia de las preparaciones y servicios de las comidas en los distintos establecimientos habilitados para ese fin, dependientes del Estado o privados: internados, comedores escolares, industriales, colonias, etc.

Esta vigilancia debe ser realizada por intermedio de inspectores con conocimientos técnicos e idoneidad en la materia, que en forma sistemática inspeccionarán los establecimientos en la jurisdicción correspondiente. Esta inspección tiene por objeto, primeramente, poder determinar las cantidades, calidades, armonía y adecuación de los regímenes, como así también la de

asegurar el aprovechamiento de sobrantes y resíduos, a fin de disminuir el valor económico de las raciones, sin desmedro de los fines que se persigue. También tendrían a su cargo, asimismo, la tarea de confeccionar y variar los distintos menues que en forma regular se irán proporcionando en los distintos locales y establecimientos. En esta forma se asegurará la alimentación ofrecida a la población que acude a dichos establecimientos, ya sean oficiales o privados, realicen una alimentación correcta libres de errores que incidirían, no sólo en su salud, sino también en la colectividad, tanto en la fase biológica como económica.

### COMEDORES ESCOLARES —DE LAS GRANDES MASAS Y OBREROS EN FÁBRICAS—

Con lo expuesto anteriormente se procurará que la alimentación de las colectividades, sean ellas escolares obreras y de la población en general, esté asegurada desde el punto de vista sanitario, económico y social, por medio de una correcta alimentación que contemple, en cada caso, las exigencias colectivas e individuales en relación a su edad, trabajo y medio ambiente.

### Inspección de industrias alimentarias

Ella contempla un vasto plan que va desde las fuentes de producción, elaboración, conservación, transporte y venta de los productos alimenticios. En cuanto a la fase de producción, se hace imprescindible el estudio de las diversas zonas productoras del país, a fin de poder coordinar, aconsejar y distribuir la producción más conveniente en cada caso. Así es que, zonas improductivas por intermedio de los organismos oficiales, podrán convertirse en fuentes de producción. También debe encararse la tarea sanitaria del estudio de la composición química de los alimentos realizada sistemáticamente en forma regional, a fin de conseguir al menor costo posible un alimento de mayor valor nutritivo. También es imprescindible el examen de los manipuladores de los alimentos a fin de romper el eslabón de contaminación de los mismos mediante la divulgación sencilla y práctica de los conocimientos higiénicos en la manipulación de alimentos, con gran ventaja para la salud de la comunidad. Mediante esta acción se conseguiría establecer gradualmente la higiene requerida en los establecimientos y al personal que manipula alimentos.

Es evidente que el examen médico del personal de las industrias alimentarias, es un medio que contribuye a descubrir muchos focos infecciosos que repercutirían sobre la salud de la colectividad, pues los alimentos irían infectados. Esta acción debe

orientarse sobre los factores que intervienen en la infección de los alimentos y su acción patógena sobre el hombre. Es indudable que la capacitación higiénica de los manipuladores dará mayor confianza al público consumidor por la garantía que ello representa. La calidad de los alimentos es la fuente de una buena alimentación, la que proporciona todos los principios nutritivos que integran una dieta: proteínas, grasas, hidratos de carbono, minerales y vitaminas, pero que, además de la calidad, debe darse la seguridad que el alimento llega al consumidor sin peligro para su salud. Debe combatirse la infección e infestación de los alimentos mediante una manipulación higiénica. También es necesario el contralor higiénico de los establecimientos que preparan y venden alimentos, debiendo comenzar la lucha en los lugares mismos de producción, es decir, en los sembrados, cultivos, ganados, etc., mediante una campaña intensa y coordinada. El transporte de los alimentos debe ofrecer la seguridad de que no alterará la calidad del producto, y ello se conseguirá utilizando transportes higiénicos, limpios y adecuados al producto que acarrean.

Deben crearse en las distintas industrias alimentarias cursos de higiene en esta materia, de un carácter obligatorio, para el personal de los mismos, pues con ello se conseguiría crear una conciencia sanitaria que daría más resultados positivos en bien, no sólo de la colectividad, sino de los mismos industriales que ofrecerían un producto sano e higiénico. Ello es así, porque en materia de higiene pública, la educación sanitaria es la piedra angular en que descansa la acción a desarrollar.

## INSPECCION TECNICA

La División de Inspección Técnica:

1.° — Tiene a su cargo la redacción o aprobación de las licitaciones públicas en lo referente a los alimentos; establece las condiciones que deben llenar las cocinas, comedores, proveedurías de todos los edificios del Estado, de todos los hospitales que se proyecten en el país, de todos los comedores y restaurantes públicos y de asociaciones que directa o indirectamente se ocupen de la oferta de alimentación, venta y depósitos de alimentos. De la licitación de cocinas, maquinaria y elementos de trabajo en relación con la preparación, distribución y utilización de comidas en los establecimientos del Estado y de toda agrupación que reciba directa o indirectamente los beneficios económicos de la Nación.

2.° — Aprueba los planos de ubicación, espacio e instalación de las cocinas familiares en las casas colectivas, casas de de-

partamentos, propiedades horizontales y de todo edificio destinado a renta.

3.° — Aprueba los planos de ubicación, espacio e instalación de las cocinas, de sus dependencias y de los comedores de los hoteles, restaurantes, fondas y de todo comercio donde se comercie con la alimentación.

4.° — Fiscaliza y controla la calidad y el precio de los servicios en los establecimientos que comercian con la alimentación.

5.° — Aprueba y fiscaliza el tipo de alimentación ofrecida en los comedores de obreros y empleados de las industrias y comercios y controla su precio. Aprueba y fiscaliza el cumplimiento de los comedores escolares, colonias de vacaciones, campamentos colectivos.

6.° — Gobierna y vigila la alimentación de los hospitales.

7.° — Aprueba y controla la alimentación ofrecida en los internados de niños, adolescentes y adultos, laicos y religiosos.

## RESTAURANTES POPULARES

El problema de la alimentación popular es muy complejo, y en él intervienen numerosos factores. La solución debe contemplar las diferentes fases —higiénica, económica y social— que presenta el problema y cuyo desconocimiento harán solamente soluciones parciales que deben desecharse.

En efecto, la alimentación ofrecida en estos locales debe estar de acuerdo a los requerimientos fisiológicos, al trabajo y a las exigencias del medio ambiente, ser ofrecida al mínimo costo, sin vulnerar los principios básicos que consagran a una alimentación correcta. Asimismo, se hace imprescindible que los restaurantes populares funcionen con una finalidad social, es decir, sin desmedro de la familia y de la sociedad. De todo ello surgen entonces las ventajas e inconvenientes de estas organizaciones, siendo necesario vigilar y controlar su funcionamiento para no desvirtuar la finalidad de las mismas. Deben ofrecer al consumidor una alimentación correcta y económica, cuidándose también que su realización y servicio no se haga en desmedro de la técnica culinaria. Hay que inculcar el concepto de que los alimentos no valen por su precio, aspecto o calidad, sino por lo que son capaces de aportar al organismo. Los comedores públicos son solamente soluciones de urgencia al problema de la alimentación de la clase necesitada. Todas estas organizaciones deben ser gobernadas por técnicos en la alimentación como son los médicos dietólogos y las dietistas. Por otra parte, deben funcionar con un criterio social, prestando ayuda alimentaria a las clases necesitadas, pues de lo contrario, con estas instituciones se fomentaría el con-

cepto erróneo de que el Estado tiene obligación de dar de comer a ciegas, fomentando el vicio y la vagancia.

Con un sentido social ellos harán obra positiva; de lo contrario, sólo son meros organismos de asistencia paliativa.

FONDAS, HOTELES, ETC.

El problema de la alimentación de estos establecimientos es que ellos se gobiernan con un criterio estrictamente comercial, dan de comer, no importa cómo, cuando en realidad ellos deberían estar gobernados con un criterio técnico. El público consumidor se vería beneficiado en la calidad, presentación y servicios de las comidas además de tener una ventaja pecuniaria. En cuanto a los comerciantes, deberán estar bajo el contralor y disposiciones ya expuestas de la policía sanitaria.

FÁBRICAS DE EMBUTIDOS

Todas las industrias, fábricas que manipulan alimentos, fábricas de embutidos, conservas, etc., deben ser sujetas a rigurosa vigilancia y contralor sanitario, a fin de que se asegure el máximo estado higiénico de los alimentos y productos alimenticios. Así se impondrá un contralor físico-químico y bromatológico de los productos alimenticios, como también de la higiene física del establecimiento, del personal que interviene en la elaboración, mediante la exigencia de la libreta de salud y por todo los medios mencionados en otros apartados. Debe cuidarse el fraude alimentario, la infección y la infestación de los productos por insectos y roedores, en fin, toda la acción conjunta de policía y vigilancia sanitaria para lograr los fines deseados.

## DIVERSIFICAR LA PRODUCCION DE ALIMENTOS

Una de las maneras de propender a una alimentación correcta es diversificando la producción de alimentos, sobre todo en aquellas zonas donde no existe abundancia productiva, ya sea por condiciones de terreno o por actividades o iniciativas privadas.

De conseguirlo, se aportan a la alimentación principios alimenticios variados e indispensables. educando gustos y hábitos y creando nuevas fuentes de producción. Uno de los recursos es la estimulación de la producción, según las necesidades regionales y las posibilidades económicas geográficas, teniendo siempre presentes los hábitos y costumbres. Esta campaña se puede efectuar indirectamente por la propaganda sanitaria o directamente mediante disposiciones administrativas o legales: protección económica del Estado. sugerencias directas que inciten a los núcleos afectados a la realización de lo propuesto. por ejemplo, caso de

huerta familiar en donde a familias que dispongan de una pequeña parcela de terreno el M. de Agricultura podría proporcionarles semillas gratuitamente de los vegetales susceptibles de ser cultivados en esa zona, así como el asesoramiento o consejo técnico adecuado. Otro tanto puede hacerse con la huerta escolar que se podría implantar con el carácter obligatorio en las escuelas de las zonas propicias donde sería un motivo de educación alimentaria. Un problema alimentario es la lucha contra el raquitismo y otras distrofias. Estimular el consumo del calcio en forma suficiente por la población, problema éste ligado a la producción lechera, por una parte, como a sus derivados: queso, manteca, crema de leche, etc.

Todo este plan de acción debe coordinarse con todos los organismos que tengan atingencia con el problema.

### Estimular el consumo de calcio en forma suficiente

El origen del calcio de los alimentos es de fuente animal y vegetal, siendo ellos, por consiguiente, en condiciones normales, la fuente fundamental del calcio.

De los productos animales, la leche y los derivados, aportan casi la totalidad del calcio.

En cuanto a los vegetales, deben tenerse en cuenta las pérdidas que sufren por la cocción de dicho mineral.

Hay un requerimiento mínimo y uno óptimo del calcio, que depende de las situaciones biológicas y de las etapas evolutivas del hombre. Así, en el niño, debido a su intenso crecimiento, el balance del calcio, debe ser positivo; asimismo el requerimiento aumenta en el embarazo y la lactancia. El adulto debe estar en balance normal del calcio, es decir equilibrio entre los ingresos y los egresos. El balance es negativo, es decir: que no llega a cubrir las necesidades, en el raquitismo, osteomalacia, osteoporosis, etc.

La calcificación depende de la proporción del calcio, del fósforo y de la vitamina D que ingresan al organismo; también tiene influencia en la dentición, la calcificación normal.

El dismetabolismo del calcio constituye el raquitismo, por falta de aporte, trastornos de absorción, cuociente calcio-fósforo incorrecto, carencia solar, con manifestaciones clínicas ostensibles a veces, y otras, larvadas, incipientes, que pueden sospecharse cuando la alimentación del niño es incorrecta (lo más común por insuficiencia o supresión de la leche y derivados en la alimentación).

Es evidente que la alimentación tiene influencia en la eclosión del raquitismo y otras distrofias, cuando ella se realiza en forma incorrecta.

Este problema debe ser objeto de una adecuada propaganda popular, enseñando las fuentes de origen de este mineral, estimular su consumo poniendo a su alcance los alimentos, enseñanza práctica coquinaria y la realización correcta de la alimentación.

### ESTIMULAR EL CONSUMO DEL QUESO

La industria del queso representa una parte de la industria de la alimentación muy importante.

El queso es el producto más o menos fermentado obtenido por la coagulación de la leche. En su composición química entra la materia, grasa, sustancias protéicas y minerales. Desde el punto de vista alimenticio, el queso es un elemento rico en sales de calcio, cuya proporción varía entre el 0,60 y 0,90 % según los tipos del queso; el contenido en fósforo marcha paralelo al calcio, mantiene una pequeña cantidad de vitaminas del grupo B y algunos entre 1000 y 3000 unidades % de vitamina A.

Los quesos se usan directamente o entran en la composición de otros alimentos combinados, siendo entonces una de los formas útiles de aportar calcio al organismo.

### PROHIBIR LA EXPORTACIÓN DEL ACEITE DE TIBURÓN

Una de las fuentes que proporcionan vitaminas A y D, y que es de importancia por la gran proporción en que se encuentra, es el aceite de hígado de tiburón. Su acción antirraquítica es evidente; es necesario para el metabolismo del calcio y del fósforo, en condiciones normales.

El raquitismo, defectos de osificación en el niño, reblandecimiento de los huesos en el adulto (osteomalacia), deformidades de los miembros, hiplasia dental, tetanía, convulsiones, etc., son síntomas provocados por su carencia. Se previenen y corrigen los trastornos señalados mediante la administración de la vitamina D, que actúa fundamentalmente en el metabolismo del calcio y del fósforo, favorece el estado iónico del calcio y aumenta la calcemia, estimula la producción de fosfatasa, es decir, favorece la calcificación.

Dada la importancia que tiene la administración de vitamina D, especialmente en la infancia como medio preventivo y curativo del raquitismo o de sus manifestaciones, y siendo una de las sustancias que la contienen en gran proporción el aceite de tiburón, debe reglamentarse la producción y exportación, a fin de no vernos privados de éste por razones económicas o comerciales.

### Estimular la produccion segun las necesidades regionales

La producción debe estar en relación con las necesidades del consumo de la población, que varía según las zonas del país, en función de factores climáticos, agronómicos, económicos y vías de comunicación y transporte. El desconocimiento o la falta de coordinación, en una región, origina las crisis de distribución, por una parte, que dificultan la alimentación de grandes colectividades, y por otra, excesos de productos en ciertas zonas, que no pueden consumir, conservar, ni transportar a otras regiones improductivas donde hace falta. La alimentación de las diversas zonas del país puede mejorarse mediante el conocimiento de las condiciones de su suelo, adaptando cultivos y ganados suceptibles de radicar y producir en ellas merced a la acción conjunta de los organismos del Estado, convirtiendo una región improductiva en una región productora.

Es decir, debe estudiarse la geografía alimentaria del país para intensificar la producción regional de acuerdo a ella.

### HUERTA FAMILIAR

Una de las formas de diversificar la producción de alimentos es favoreciendo el desarrollo de la huerta familiar, especialmente en regiones donde el abastecimiento alimentario se efectúa con dificultad, ya sea por razones económicas o de transporte.

En efecto, la posibilidad de tener una parcela de terreno que en ciertas zonas es factible y destinarlo al cultivo de diversas plantas, sembrar hortalizas, legumbres y árboles frutales, es una forma de abaratar el costo de la alimentación popular y una seguridad más de que ella se realizará sin grandes errores, pues se asegura así un aporte de principios alimentarios indispensables.

Al propio tiempo, la huerta familiar crea hábitos alimentarios nuevos, pues obliga al consumo del producto de la siembra, realizando en ese sentido una obra educativa. Asegura un problema económico para la familia, pues reduce el presupuesto de la misma y crea una conciencia nueva de amor a la tierra, fortifica la voluntad y la moral de los integrantes de la misma, por el esfuerzo en común empeñado en la obra. Debe propenderse a la intensificación del sistema de huerta familiar, dando facilidades técnicas a los poseedores, consejos sobre cultivos, riego ,explotación más conveniente de la tierra, recolección y conservación de los productos obtenidos en las cosechas.

Iniciativa de grandes proporciones y alcance que resuelve el problema de lo obtención de alimentos vegetales de alta significación biológica y económica.

## HUERTA ESCOLAR OBLIGATORIA

La ayuda alimentaria que por razones biológicas, económicas y sociales se realiza al niño en la escuela, ya sea en forma de desayuno o merienda o bien de un almuerzo, tarea ésta a cargo del comedor escolar, tiene por finalidad corregir las fallas de la alimentación que él recibe en su hogar, ya sea por falta de recursos o por ignorancia del medio familiar. Estos errores de la alimentación, sea por aporte insuficiente o por déficit en la calidad, obliga a remediarlos con el uso de alimentos vegetales que por razones económicas son de escaso consumo en el hogar del niño. El comedor escolar debiera suministrar dichos alimentos, pero dado el costo del mismo, obliga a un consumo escaso o nulo desapareciendo así una de las finalidades de la ayuda alimentaria. Por otra parte, aun contando con recursos económicos por falta de medios de transporte o por razón de ubicación en zonas que no se dedican al cultivo, estos alimentos no son ofrecidos al niño. De ahí que la huerta escolar obligatoria constituye una buena iniciativa, dotando a la escuela de campaña de una parcela de tierra anexa, para ser cultiva por los alumnos. Resuelve así el huerto escolar el problema de la obtención de alimentos vegetales, permitiendo el consumo frecuente de tales alimentos con gran ventaja para la salud de la población. El huerto escolar significa traer al niño al trabajo de la tierra, educar al mismo respecto a la necesidad de una alimentación correcta y es un factor de educación alimentaria, pues el niño lleva los conocimientos aprendidos en el huerto al seno de la familia. Por otra parte, la implantación del huerto escolar, haría reducir el costo de la alimentación ofrecida en el comedor escolar mejorando en esta forma la ayuda alimentaria y asegurando al mismo tiempo una alimentación correcta. El huerto escolar debe producir los alimentos necesarios para el comedor escolar; la extensión de tierra cultivada, como así los vegetales que se siembren estarán en relación con la población infantil. Es un error cultivar y producir alimentos que abundan en la zona y que, por ende, el niño consume en el hogar, siendo necesaria la orientación técnica de la diversificación de producción.

Bajo la orientación y dirección del maestro con conocimientos rurales, el niño cultivará la tierra, hará el regadío en una forma eficiente para obtener el máximo de rendimiento de la parcela empleada. También adquiere conocimientos de cómo se manejan los alimentos recolectados en la huerta, su utilización inmediata para la preparación de las comidas que se sirven en el comedor, así como su conservación cuando la producción exceda de sus necesidades. La implantación de la huerta escolar obligatoria será de positivos beneficios al escolar, pues ello mejora su

alimentación, y al Estado, por que permite realizar una ayuda social con menores recursos financieros, además de ser un medio de elevación moral en el niño.

## MUSEO ALIMENTARIO

El museo enseña a conocer la producción alimentaria de las diversas regiones del país: vegetales, animales, aves, peces, caza, las diversas producciones de las industrias alimentarias, etc., mostrando al pueblo los recursos alimentarios del país, la calidad y jerarquía de ellos, la fabricación y elaboración de los mismos. El museo no sólo contribuye a la divulgación de la alimentación y ramas conexas sino que es el medio más eficaz de difusión de las mismas. En efecto el museo está abierto a la población de todas las edades y clases sociales y tiene la ventaja de ser atractivo, la enseñanza es objetiva al alcance de todas las mentes, constituyendo en cierto modo un tratado de ciencia popular. El museo con tendencia dinámica de las cosas, no de objetos aislados sino los hechos de la naturaleza, los fenómenos y las leyes de la biología se constituye en método educativo de gran eficacia popular. El museo ha de ser a la vez científico y educativo, debe ser centro de investigación e instrucción proyectado a la comunidad realizando así una obra de extensión universitaria. Bajo todos los aspectos pone al alcance de la comunidad las distintas disponibilidades alimenticias del país; exposición en forma sencilla y gráfica muestra los distintos procesos y mecanismo de la producción. Además enseña gráficamente la manera de realizar una alimentación correcta y los diversos fenómenos que acarrean la hipoalimentación, las carencias, la desnutrición y su manera de evitarlas.

### FOLKLORE ALIMENTARIO

El estudio de la alimentación realizada por los distintos grupos o núcleos de poblaciones en las diversas formas del país hace conocer los errores de la alimentación que gravitan en forma endémica en ciertas regiones. Del mismo modo permite su conocimiento ampliar el campo de la producción para subsanar los déficit observados. También el análisis de la alimentación realizada permite valorar la jerarquía de ciertos productos que pueden ser aconsejables en cierta medida para otros núcleos de colectividades.

### GEOGRAFÍA ALIMENTARIA

Con el concurso de los demás organismos conexos al problema de la alimentación especialmente el Ministerio de Agricultura, debe hacerse el estudio de los recursos y posibilidades alimentarios

de las diversas regiones y territorios de la República. El estudio agronómico de las diferentes zonas del país, la producción agropecuaria y sus características de acuerdo al clima, como asimismo el análisis químico de los alimentos que en ella se producen a fin de poder valorar la jerarquía de los mismos por los diversos principios que lo integran.

El estudio sistemático de las producciones regionales en concordancia con el análisis químico de los mismos, permite formar juicio acerca de los factores que inciden sobre la produeción y el poder nutritivo de los alimentos. Correlacionado a este estudio deben de tenerse en cuenta las vías de comunicación, de transporte, el costo de la producción para poder determinar de acuerdo a ello el valor económico de la alimentación. Por otra parte permite una política alimentaria que coordine los recursos existentes y los futuros y un mejor aprovechamiento de las riquezas nacionales.

## DETERMINAR LA SUBALIMENTACION DEL PUEBLO

Para conocer la alimentación de un pueblo y determinar las causas favorables o perjudiciales, el grado de intensidad con que aquella gravita sobre la salud de los individuos, es necesario recurrir a las encuestas de alimentación y al estudio de los componentes de dichas colectividades, es decir encuesta de nutrición.

Las encuestas de nutrición son onerosas, por los gastos que ocasionan y por el personal técnico que ellas necesitan para su cometido.

Las encuestas de alimentación exigen menos recursos financieros, pues el personal idóneo encargado de realizar la encuesta, es más fácil de reclutarlo, y su ejecución es más sencilla. Además, tiene la ventaja que permite estudiar al mismo tiempo las causas directas e indirectas que influyen en el problema: biológico, económico y social.

En el aspecto biológico, se tendrán en cuenta los factores que influyen en el crecimiento y desarrollo del niño, las causas de morbimortalidad infantal, rigor físico y mental, escolaridad, en cuya normal realización interviene la alimentación correcta.

En la etapa adulta, la realización del trabajo y su rendimiento, el vigor físico mental, el término medio de vida, la procreación. Los índices reveladores de la alimentación realizada en esa etapa de la vida.

En la grávida, la normalidad del embarazo, del parto y del hijo, está relacionada también a la alimentación instituída.

En la faz económica, la encuesta permite formar juicio sobre el presupuesto de la población en esta materia.

En la faz social, permite estudiar el vigor de salud social de las colectividades, su moral y costumbres, siempre en relación con el factor alimentario. Todo este estudio, con los elementos así reunidos, permite orientar la política social.

Es posible sospechar el estado de nutrición de una colectividad conociendo los alimentos que habitualmente consume, pero es necesario establecer las causas de su origen y la situación económica de la misma, a fin de buscar la posibilidad de solucionar lo mejor posible la situación existente.

El estudio estadístico de la disponibilidad alimentaria de un país, es decir, cálculo de la producción, reservas, depósitos, exportación e importación de los principales alimentos, es un índice de orientación de lo que consume la población, pero sujeto a errores.

Otro tipo de encuestas son las que se realizan en colectividades uniformes: internados escolares, de artes y oficios, instituciones oficiales y privadas, colectividades cerradas, donde puede estudiarse la alimentación que reciben y su influencia en el crecimiento, desarrollo y actividad en el trabajo.

También pueden realizarse encuestas familiares que constituyen una fuente importante de información para establecer juicio sobre la alimentación y los factores económicos y sociales que influyen en la vida de las poblaciones.

Esta acción, por medio de encuestas y datos estadísticos, será recogida a medida que el plan se ponga en marcha, conjuntamente con las observaciones médicas y sociales que en cada caso podrán efectuarse, pues los datos actuales son parciales e insuficientes y solamente aproximados.

## ESTABLECER LAS CUOTAS ANUALES DE NECESIDADES ALIMENTICIAS DEL PAIS

Puede presumirse, por cálculo, lo que necesita una población como base de su alimentación, siendo necesario conocer la cantidad de alimentos que consumen los habitantes de un país, una región o los núcleos urbanos.

También es indispensable para establecer las cuotas alimentarias de los mismos, conocer la producción total o regional, la distribución y la forma de consumo. La alimentación de las colectividades es un problema que exige para su solución la colaboración de los técnicos de las más variadas disciplinas, en relación con esta materia. Si bien el conocimiento de la producción, en relación con las necesidades del consumo, permite establecer un cálculo aproximado de las disponibilidades alimentarias, ésta a su vez

está supeditada a las exigencias biológicas del hombre: momentos biológicos, el trabajo que cumplen, factores mesológicos y económicos. La alimentación de grandes núcleos de población exige el conocimiento de las colectividades (trabajo, forma de vida, hábitos, estructura social), y para ello es necesario realizar encuestas.

Debe conocerse también el tipo de alimentación que realiza una colectividad, con el objeto de valorar la alimentación que cumplen y poder señalar sus defectos; otras veces interesa calcular la cantidad de alimentos de que debe disponer una población para que su alimentación sea correcta.

La falta de coordinación o el desconocimiento de las disponibilidades alimentarias de zonas o regiones productoras, origina trastornos en la distribución que afecta a regiones en donde las mismas son escasas o carecen de ellas. Para ello es necesario una organización que registre la producción, importación y exportación de los alimentos, y que establezca el consumo total de la población. Pero el cálculo del consumo de alimentos por una colectividad, así como la determinación de las cuotas que deben ofrecerse a ella, exige el estudio de la composición, caracteres de vida y recursos económicos de los integrantes de las mismas. Para ello es necesario establecer las unidades de requerimiento de la población, necesidades que varían en función de la edad, sexo, situación biológica, actividad muscular y clima, factores que hacen variar los requerimientos calóricos, mineral, proteico y vitamínico.

## VULGARIZACION DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACION

Debe realizarse una intensa propaganda destinada a dar a conocer al pueblo los elementos fundamentales de la alimentación, que puede extenderse aún a los médicos no especializados en esta materia. Esta propaganda se hará en base a los fundamentos científicos y racionales de la alimentación: valor nutritivo de los alimentos en relación con su poder energético, su composición química, su grado de utilización y su costo: regímenes más convenientes para una alimentación correcta: suficiente, completa, armónica y adecuada; modos racionales de cocinar para que no se pierdan elementos vitales, y los alimentos tengan el máximo atractivo; medidas de precaución contra las enfermedades vehiculizadas por los alimentos. La vulgarización de los conocimientos en materia de alimentación, debe realizarse teniendo en cuenta los factores biológicos, económicos y técnicos que condicionan una alimentación correcta. Dicha propaganda se realizará por todos los medios de publicidad, en forma sencilla, gráfica y demostrativa, a fin de lograr una mejor alimentación del pueblo.

### CONFERENCIAS EN FÁBRICAS, ESCUELAS Y COLEGIOS

Sin duda, un medio de realizar propaganda eficaz es el de dar conferencias en fábricas, escuelas y colegios, dada la facilidad de ver reunidos en estos sitios a pequeños núcleos de población, En forma sencilla, el personal técnico en alimentación hará comprender a los integrantes de dichas colectividades, poniendo a su alcance todo el material necesario al fin propuesto. Diseñará las bases científicas que rigen en esta materia y señalará los errores que se cometen a diario teniendo en cuenta los factores biológico, técnico y económico que condicionan y aseguran un régimen normal. Se harán demostraciones prácticas sobre esta materia, enseñando la elección y preparación de los alimentos, pequeñas nociones de arte coquinario, y el valor económico de la alimentación, enseñando a invertir el dinero en la compra de los alimentos. Todo ello relacionado a la edad, situación biológica y actividad muscular de los integrantes de estas colectividades.

### COCINA FAMILIAR

El problema de la alimentación familiar es fundamental para la vida de sus integrantes y por su repercusión en la colectividad. La alimentación de la familia comprende un problema técnico, que consiste en dar a cada uno de los componentes de la misma, los alimentos que le convienen de acuerdo a su sexo, edad, masa total viviente, trabajo, etc., para cuyo cumplimiento la alimentación debe ser suficiente, completa, armónica y adecuada. Paralelo a este concepto existe el problema económico, cuya solución está en obtener la alimentación adecuada al mínimo costo.

Debe enseñársele la adquisición y compra de los alimentos, la preparación, la distribución y la utilización o consumo propiamente dicho. Todos estos factores de orden técnico deben ser inculcados a las familias mediante demostraciones prácticas o por medio de una propaganda bien comprendida.

### PRESUPUESTO ALIMENTARIO FAMILIAR

La alimentación, desde el punto de vista económico, constituye un problema a veces un tanto difícil de resolver en la alimentación familiar, y más aún en las clases trabajadoras. Ello es así puesto que la alimentación insume, a veces, el 50 % del presupuesto familiar. Debe entonces educársele en la forma de invertir los recursos, de acuerdo a los hábitos y costumbres, pero con conocimiento científico que le permita obtener el máximo rendimiento del dinero invertido en alimento, mejorando así su alimentación en beneficio de su salud y mejorando su «standard» de vida por mayor economía de su presupuesto alimentario.

## NORMAS SOBRE ALIMENTACION

La alimentación debe regirse por un criterio biológico, económico y social. La alimentación, para que sea correcta y asegure a los individuos un óptimo de salud, es necesario que se realice con los conocimientos básicos racionales y científicos en esta materia. Debe tenerse en cuenta el momento evolutivo: lactante, infancia, pre-escolar. escolar, adolescencia, hombre adulto y senectud; debe considerarse el momento biológico: embarazo, lactancia; debe considerarse el trabajo o actividad muscular e intelectual en sus distintas formas de realización, y deben tenerse en cuenta los factores ambientales que actúan sobre el individuo. Deben establecerse los requerimientos mínimos de los diversos principios alimenticios que integran una alimentación normal que permitan al individuo mantenerse en salud; deben señalarse las causas de errores que llevan al individuo a la inferiorización y aminoración orgánica y funcional.

### OBREROS

La alimentación del obrero es un problema complicado, porque está condicionado a una serie de factores muy variables, que hacen variar la alimentación en cada caso para adaptarse a dichos factores: factor económico, posibilidades de realizar su alimentación, naturaleza del trabajo.

En cuanto al factor económico, debe tenerse en cuenta que la alimentación insume a veces del 50 % al 60 % del salario. Cuando el salario resulte insuficiente, la alimentación del obrero se reduce a costa, principalmente, de los alimentos protectores, porque son los más caros. El segundo factor, es decir, las posibilidades de realizar la alimentación, deben aquí tenerse en cuenta ya que muchos obreros comen en el sitio de trabajo, otros realizan su alimentación en su familia, pero en forma apresurada por el factor tiempo: horarios de trabajo y dificultad en los medios de transporte; existe núcleos de obreros sin familias que deben comer en fondas, hoteles, restaurantes. En cuanto a la naturaleza del trabajo, cabe señalar que los requerimientos alimentarios del obrero dependen en función de aquél. La intensidad y la forma de la actividad muscular hacen clasificar en: trabajo liviano, mediano, pesado, o muy pesado a la ejecución de los mismos. También varían los requerimientos, de acuerdo a las zonas climáticas en que se cumple el trabajo (alimentación del obrero en zonas cálidas, fogoneros, etc.). En ellos hay que tener en cuenta las pérdidas sufridas durante el trabajo por el ambiente cálido (sudoración profusa con pérdida de agua, sales y vitamina hidrosoluble especialmente la Bl).

### CÁRCELES, ETC.

La alimentación de las colectividades cerradas debe considerar dos situaciones: colectividades en actividad y en reposo. Las líneas generales de la alimentación en dichas colectividades son las bases establecidas de la alimentación correcta en el adulto. Deben considerarse las modificaciones que imprime a la alimentación la temperatura ambiente, donde están instalados estos establecimientos para hacer las correcciones necesarias. También debe tenerse en cuenta, en requerimiento del trabajo, al efectuar la alimentación de dichos grupos. Se tiende en las cárceles a la alimentación individual, es decir, en la celda, pues tiene importancia moral y psíquica para los penados, al mismo tiempo que se crean hábitos de higiene y se cuida la disciplina. La alimentación en las cárceles debe ser sedante (las proteínas deben ser normales). La alimentación ofrecida debe ser correcta. De las carencias más graves es la vitamina Bl la que se observa con más frecuencia en el sistema carcelario; la alimentación debe ser rica en vitamina Bl, porque la subcarencia se acompaña de perturbaciones del sistema nervioso, dando indiferencia y nerviosidad en alto grado. En cuanto a las otras colectividades cerradas, asilos, refugios, etc., deben guiarse para establecer la alimentación por el criterio antedicho. Todos estos inconvenientes serán subsanados colocando el gobierno de la alimentación de las colectividades cerradas en manos de personal técnico e idóneo en la materia.

### HOSPITALES

Debe establecerse, en primer término, la categoría de enfermos internados en estos establecimientos, pues no es lo mismo alimentar al enfermo que a un inválido, pues este último come como un hombre sano. Deben crearse servicios especializados para los regímenes estrictos de balance; los otros son por porciones; debe establecerse en los hospitales la cocina dietética y poner el gobierno de la alimentación de estos establecimientos en manos de médicos dietólogos, dietistas y personal auxiliar de la alimentación.

## COOPERACION CON OTROS MINISTERIOS

La Secretaría de Salud Pública debe estar en inteligencia permanente con las otras ramas del Poder Ejecutivo que tienen a su cargo, principal o incidentalmente, la vigilancia o el gobierno de la producción y consumo de los alimentos y de la alimentación. Esto deberá ser motivo de un decreto de coordinación.

a) MINISTERIO DE AGRICULTURA

Los puntos de contacto entre la Secretaría de Salud Pública y el Ministerio de Agricultura tienen realmente importancia. Sintetizando son:

1.°) Explotación racional del suelo para coordinar la producción del agro.

2.°) Evitar las crisis de producción por el conocimiento exacto de los requerimientos totales del país, que nunca fueron determinados. Sobre esta base establecer las reservas alimentarias del país.

3.°) Desarrollo de la agricultura industrial alimentaria. Investigar nuevos alimentos o nuevas formas de utilizar los ya conocidos.

4.°) Coordinar la enseñanza extensiva agrícola con la explotación familiar de los huertos, los huertos escolares y las pequeñas chacras de explotación familiar.

5.°) Orientar la industria familiar de los alimentos.

b) MINISTERIO DEL INTERIOR

Necesidad de coordinar la acción sobre los temas siguientes:

1.°) Gobierno y vigilancia de la alimentación de las colonias de vacaciones en la ciudad, mar y montaña, que dependen de la Municipalidad.

2.°) Alimentación que ofrecen las diferentes sociedades de beneficencia, particularmente en relación al niño, a la mujer grávida y lactante en el territorio del país.

3.°) Coordinación de las directivas de la Secretaría de Salud Pública con la obra que cumplen los gobiernos de provincia respecto a la alimentación de las colectividades.

4.°) La alimentación de las poblaciones de los territorios naciotes, particularmente de aquellos que no producen alimentos.

c) MINISTERIO DE JUSTICIA E INSTRUCCION PUBLICA

Es indispensable que se enseñe en las escuelas elementales, en los colegios y liceos, alimentación y cocina familiar. Para este fin podría utilizarse el Museo de Alimentación y los elementos que en él pudieran prepararse.

d) SECRETARIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO

La industria de la conservación de los alimentos deberá orientarse en relación a nuestras necesidades de consumo en las zonas no productoras de alimentos.

El Laboratorio de Tecnología Alimentaria del Instituto Nacional de la Nutrición concurrirá a estudiar las modificaciones del valor de los alimentos conservados.

### e) Secretaria de trabajo y previsión

Hay que coordinar la obra de ambas Secretarías sobre los temas siguientes:

1.º) Período de trabajo en relación al horario de alimentación
2.º) Ordenación de la alimentación durante las horas de trabajo.
3.º) Naturaleza y orientación dada a los Comedores que funcionan en las fábricas, talleres, etc., tema sobre el que no existe ninguna legislación.
4.º) Alimentación de la grávida y de la madre lactante que no trabajan, en relación al hijo.
5.º) Alimentación, salario y naturaleza del trabajo.

### f) Ministerios de guerra, marina y aeronáutica

Estudiar la alimentación del combatiente en relación a la zona de guerra y a la ubicación de los cuarteles. Esta obra está aún por realizarse.

### Relación con el proyecto de código sanitario

Ley de Bases

A.º 3º Inciso 21 — Organizar, coordinar y estimular los estudios y las actividades tendientes a solucionar los problemas de la alimentación de la población del país, especialmente el abasto de leche sana y los creados por las enfermedades de la nutrición y del metabolismo.

El problema de la nutrición de un pueblo es complejo y exige soluciones integrales, por un serie de medidas que van desde la regulación científica de la producción, a la distribución, conservación y utilización adecuada de los alimentos.

Ello es así porque los pueblos no siempre consumen los alimentos que necesitan, sino aquellos que tienen a su alcance, ya sea porque la producción no es suficiente en calidad y cantidad, o por no poder ser transportados con facilidad, o debido a su elevado costo.

La alimentación popular queda frecuentemente supeditada a la producción regional y a la baratura de la misma. La distribución de los productos alimenticios es tanto más importantes, a veces, que la misma producción, pues, ciertas regiones agrícolas o ganaderas, según el caso, imponen uno u otro tipo de alimentación, con la consiguiente ausencia de alguno de ellos.

La clase trabajadora insume el 50 % de su salario en la adquisición de los alimentos, lo que obliga a veces a reducir el consu-

mo de algunos de alto valor biológico, tales como los considerados como protectores o sea la leche (incluso derivados, huevos, carne, frutas y verduras), debido a su alto costo según las zonas. Es necesario un seguro y permanente aumento de la producción, facilitando su comercio y distribución, de acuerdo a las urgencias regionales, pues de lo contrario numerosos sectores de la población utilizaría dietas carenciales.

La intervención de la ciencia en la determinación de la más adecuada alimentación y del aprovechamiento máximo e integral de los recursos técnicos de producción, asegura una acción médico-social de positivos beneficios para el bienestar de la población del país.

En este proceso es necesario que los conocimientos y la experiencia de la ciencia se pongan ampliamente al servicio de la finalidad social perseguida.

Entre los más importantes problemas que afectan a las colectividades y que deben ser resueltos por el Estado, en colaboración de los médicos sanitarios y sociólogos, se encuentra el de la alimentación, por su directa vinculación con la salud.

«Si el Estado —dice Orr— pudiera hacer una política de alimentación que proporcionara una dieta adecuada, se mejorarían las condiciones físicas de los habitantes, se eliminarían muchas enfermedades y se obtendría un más alto nivel de bienestar fisiológico y psíquico. Ninguna medida daría más impulso al bienestar humano, que una política de alimentación que llevara a cada individuo una dieta enteramente adecuada para la salud».

Todo ello va relacionado con las normas de producción y trabajo, al almacenamiento, conservación, distribución, industrialización y comercialización de los alimentos y al mismo tiempo, con la sanidad y los factores educativos.

El problema de la nutrición de las poblaciones tiene numerosos aspectos de orden médico-higiénico a investigarse en los diversos núcleos sociales de las distintas zonas del país, para descubrir los trastornos nutritivos, no ya en estado ostensible y ruidoso, sino en sus estados iniciales, mediante una adecuada acción de estudio y tratamiento. Es así que se podrán corregir las enfermedades de carencia alimentaria en sus formas incipientes o larvadas, y efectuar la prevención de las enfermedades que pueden ser trasmitidas por intermedio de los alimentos, realizando una acción de medicina preventiva. Esta es una labor conjunta de higienistas, biólogos, químicos, especializados en nutrición y en las diversas disciplinas que se relacionen con este vasto y complejo problema. De no tenerse presente esta colaboración, cooperación y coordinación de esfuerzos, el problema sólo tendrá soluciones parciales, sin la proyección social que se desea alcanzar.

En mérito a lo expuesto y de conformidad a la directiva del Art. 21 de la ley de bases que se considera, hácese necsario dispones lo siguiente:

1.° Creación de Centros de Alimentación regionales dependientes del Instituto Nacional de la Nutrición para que cumplan el asesoriamiento correspondiente y al mismo tiempo, incorporación a dicho Instituto de todos los organismos oficiales, relacionados con este problema, para que su acción se cumpla bajo la directiva exclusiva de la misma.
En cuanto a la prevención de las enfermedades de la nutrición y del metabolismo, ella quedaría a cargo de los mismos médicos especializados que actuarán en los Centros de Alimentación cuya creación se propone.

2.° Creación del Departamento de Fiscalización de la Leche, que tendrá a su cargo la policía sanitaria permanente de los tambos, envasamiento, transporte, métodos de higienización, conservación y forma de venta al consumidor.

A fin de que este proceso pueda cumplirse dentro del correspondiente régimen legal, hácese indispensable la sanción de la «Ley de la Leche», aspecto ya contemplado en el plan general.

En cuanto al abasto de leche sana se hace necesario iniciar una campaña de divulgación popular sobre la produción, manipulación, transporte, tratamiento, distribución y consumo de la leche higiénica. Es indispensable para ello la aplicación y efectividad de la Ley Nacional de La Leche que contemple los siguientes puntos:

1.° Régimen de la tierra destinada a la producción de leche para el consumo.
2.° Instalaciones adecuadas para la producción higiénica de la leche en los tambos.
3.° Habitación y salud de los trabajadores del tambo.
4.° Profilaxis de las enfermedades del ganado lechero.
5.° Métodos del trabajo en los tambos.
6.° Transporte de la leche.
7.° Tratamiento de la leche.
8.° Distribución de la leche.
9.° Consumo y precios.

La campaña educativa incluye publicaciones, disertaciones, propaganda por radio, exhibiciones cinematográficas, etc., sobre todas las fases que comprende el abastecimiento de la leche en todo el país y señalando los peligros que representa para la salud cuando la leche no es higiénica y sana. Se harán comprender los diversos fraude la leche como así las enfermedades de que ella puede ser portadora ya sea desde el punto de vista de la contaminación humana o

del ganado y de otras afecciones a que ella puede dar origen por su mala conservación o tratamiento.

Las soluciones posibles al problema deben ser totales, estructurando un programa de nutrición que abarque todo el territorio del país aprovechando los organismos ya existentes, creando otros indispensables, bajo una dirección única, que los contemplen «in toto». Y teniendo en cuenta las exigencias jurídicas de nuestra República Federal, de la relación entre las provincias y el gobierno central. Hay que crear una verdadera política alimentaria, donde los factores productivos económicos y sociales jueguen de una manera armónica, planificar las distintas zonas de un país y mediante la coordinación, colaboración y cooperación, conseguir una resultante a todos los esfuerzos parciales presentes y futuros que se realicen en ese sentido ya sea de orden nacional, provincial o privado. Sugerimos la creación de una Central de Alimentación, de la que dependerían Filiales ubicadas en lugares estratégicos del país, anexas a centros de salud o con funcionamiento autónomo. Estas filiales que tendrían especificado su radio de acción territorial, mantendrían bajo su influencia todos los problemas atingentes a la alimentación aconsejando, induciendo y dictando normas para el mejor logro de los fines establecidos. Centros de consulta, de propaganda alimentaria, en íntima relación con los demás organismos sanitarios efectuarían estudios sobre las posibilidades alimentarias de la población a que corresponde, vigilando el funcionamiento de comedores escolares, cantinas maternales, comedores obreros y hasta proveyendo en ciertas circunstancias los productos alimenticios, indispensables (leche). En una palabra serán verdaderos centros de irradiación sanitaria y de alimentación. Dependerán de su influencia la inspección, funcionamiento y en algunos casos la administración de todos los lugares donde se suministren raciones alimenticias: comedores escolares, obras sociales del estado etc., ordenando su correcto funcionamiento. Existen en el interior comedores escolares en donde las raciones que se administran son tan insuficientes e inapropiadas, que no cumplen su verdadera misión, llamando a engaño al no advertirlo. Toda esta obra esbozada, debe ser realizada por un personal técnico especializado que a la par de su idensidad reuna condiciones de vocación e imparcialidad. Todos estos organismos deben funcionar con el máximo de eficiencia y aplicación técnica, para que rindan los resultados propuestos y no queden reducidos a meras creaciones administrativas. El médico higienista, el médico dietólogo son los profesionales indicados a dirigir estos organismos dada la índole de sus respectivas disciplinas. Alimentar a un pueblo no es difícil siempre que se tengan en cuenta todos los problemas en conjunto, los factores económicos, sociales y mesológicos siendo caro e improductivo cuando éstos quedan al arbitrio de improvisaciones peligrosas. Bajo esta dirección actuará personal subalterno también de gran valor en el rendimiento económico: dietistas, ecónomos, y

cocineros. Tal vez chocará un poco la inclusión de los cocineros entre el personal, pero está demostrado que en la alimentación colectiva el profesional de cocina «que sabe guisar» rebaja el nivel económico de la alimentación, puesto que derrocha menos en la preparación de la ración y ésta se consume íntegramente, cumpliendo el fin propuesto que es alimentar de acuerdo a gustos y hábitos, no quedando sobrantes y desechos que encarecen la comida. Estos últimos cocineros actuarán en los organismos sociales que ya existen o a crearse (comedores, asilos, hospitales, cárceles, colonias, etc., etc.) A tal fin cada centro de alimentación puede crear sus propios cocineros mediante sencillos cursos adoptados a las exigencias de sus zonas de influencia. Esta obra no debe ser únicamente paliativa, de caridad, de emergencia, ni queremos decir con esto que el estado debe echarse la carga de alimentar obligatoriamente toda la república. Su influencia benéfica por intermedio de su acción y propaganda se hará sentir paulatinamente en todas las clases sociales dependientes y no dependientes, enseñándoles indirectamente a invertir sus salarios de la manera más conveniente y provechosa. Podríamos compararlos a puntos de cristalización, a mojones, a nudos de una red alimentaria que extenderían su influencia a todo el país.

La educación sanitaria es una misión lenta, poco vistosa, pero de resultados seguros, de lucha contra conceptos y convicciones erróneas, pero alguna vez hay que iniciarla puesto que las solunes parciales sin contar con su ayuda han demostrado y demuestran que están condenadas al fracaso, derrochando recursos y esterilizando esfuerzos.

## Soluciones inmediatas

Las soluciones inmediatas consisten en el:

1.º) Aprovechamiento de los organismos ya existentes, pero regulando su funcionamiento de una manera que los haga eficaces. ¿Cuáles son estos organismos? Cantinas maternales, comedores escolares, comedores de obreros, ayuda de alimentación, alimentación de hospitales, cárceles, asilos y colonias. La mayoría se pueden agrupar bajo un factor común; no se come o se come mal desnaturalizando su finalidad, ya sea por la precaridad de sus recursos o por la mala administración de éstos, salvo excepciones. Mediante el acrecentamiento de los subsidios, mediante la regulación del funcionamiento, vigilancia, y administrando raciones suficientes, completas y agradables, dotándolas de personal idóneo que sepan invertir los recursos existentes o por medio de impartición de normas adecuadas.

2.º) Creación de algunos nuevos en los puntos no existentes y más densamente poblados.

3.°) Abaratamiento de la provisión por la creación de oficinas Centrales de suministros.

4.°) Coordinación de los distintos esfuerzos económicos actuales.

Dirección de la alimentación, planificación por zonas, instituyendo menúes, directivas, etc.

Todas estas soluciones inmediatas y si se quieren hasta cierto punto precarias servirán de base para la futura organización alimentaria del país, meta realmente provechosa de todos los esfuerzos.

En el país privilegiado, que es el nuestro por intermedio de alimentación puede el Estado asistir al hombre desde la cuna hasta la muerte, dándole la reciedumbre física y mental suficiente para constituir la raza que es la base donde se apoyarán los grandes destinos a que marcha la República Argentina.

*Resumen:*

Que a pesar de las enormes posibilidades de la Nación, existen núcleos de población en donde la subalimentación es crónica y endémica.

Que esta situación determina la disminución del valor económico social del hombre argentino en las zonas afectadas, con la consiguiente substracción a la riqueza nacional.

Que el problema alimentario requiere soluciones integrales que debe ser objeto de una verdadera política estatal.

Que desde el punto de vista alimentario se debe contemplar las diferentes tapas biológicas del hombre, suministrando y aconsejando los requirimientos propios a cada etapa.

Se necesita la creación de una Central de Alimentación dependiente del Instituto Nacional de la Nutrición, con filiales en el interior del país, que serían verdaderos centros de irradiación de educación alimentaria, inspección y vigilancia.

Ley de bases:

> Aº 3º: Inciso 22. — Establecer las condiciones sanitarias a que deberá someterse la producción, elaboración, conservación, circulación y expendio de los alimentos y de los locales y lugares donde se realicen esas operaciones y fiscalizar su aplicación.

La organización de una policía sanitaria en materia de alimentación, comprende no sólo la inspección de los alimentos sino también la de las industrias de elaboración de los mismos y la de los lugares de venta y consumo. La inspección de los alimentos se realiza en la práctica por el examen organoléptico (ejemplo corriente de la carne y pescados), o bien mediante la toma de muestras

y su análisis bromatológico. Este análisis químico tiende por una parte a descubrir los alimentos que puedan estar alterados, y por otra parte buscar las falsificaciones. La inspección de alimentos mediante una acción eficaz e intensa campaña tiende a descubrir las diversas formas del fraude alimenticio. En el aspecto económico de las colectividades interesa la investigación para reprimir el fraude pues ello perjudica en forma notoria a las clases más necesitadas especialmente. Dicha represión debe estar sintetizada mediante oficinas químicas y organizaciones de vigilancia y contralor en forma tal que prácticamente no puedan ponerse a la venta alimentos en esas condiciones sin inmediatamente ser descubiertos. La Policía Sanitaria, por su organización, vigila el estado higiénico de los alimentos, así como la preparación, conservación, transporte y venta de los mismos, mediante inspecciones frecuentes y sistemáticas. Como la alimentación tiene una acción para específica que se traduce en los organismos por mayor índice de resistencia e inmunidad frente a las agresiones del medio y a las afecciones, cuidando que ella sea realizada en forma correcta desde los pequeños a los grandes núcleos de poblaciones, con esta acción se asegura y se realiza una forma de profilaxis de salud de los pueblos.

Es necesario que esta acción se extienda entonces desde el estado sanitario del alimento (como vehículo o causa de enfermedad, fraude alimentario) análisis y estudios bromatológicos y económicos de los alimentos, hasta incluir la faz técnica y de industrialización (preparación, conservación, transporte, venta y servicio de las comidas) de los mismos, todo ello en función del concepto evolutivo de la alimentación, de los momentos biológicos del hombre y de los factores ambientales.

La inspección de industrias de preparación de alimentos y de los lugares de venta o consumo tiene una gran importancia. Del máximo interés son la inspección de la industria de la leche y la de los establecimientos de venta, casas de comida, hoteles, etc. La vigilancia de las industrias de conserva puede ser de valor y debe tenerse conocimiento de las que existen en las diversas zonas del país a fin de poder controlarlas.

Para la inspección de los locales y lugares de expendio y consumo de alimentos (inspección de hoteles, casas de comida, bares y similares) será necesario tomar en consideración los siguientes puntos:

Procedencia de las substancias alimenticias que emplea el establecimiento.

Agua que reúna suficientes garantías sanitarias.

Eliminación de excretas en buenas condiciones.

Retretes en buenas condiciones y lavabos con jabón y anexos.

Local en buenas condiciones.

Empleados con su libreta de salud; buenos hábitos de limpieza y aseo.

Cocina higiénica, con buena ventilación de modo que no se perciban olores ni haya humo, con paredes lisas, techo limpio y pisos con buen desagüe y limpios; sin suciedad o restos de comida bajo los bancos o los rincones. Telas metálicas en todas las aberturas. Puertas que habran hacia afuera y provistas de muelles que abran y cierren las puertas solas. Utensilios limpios, lavados con agua caliente y jabón. Los retretes no deben abrir a las cocinas.

Toda manipulación de alimentos debe hacerse únicamente en la cocina. Prohibición de que nada de comida de la servida fuera, pueda entrar en la cocina.

Despensas separadas de la cocina, limpias y con los alimentos bien protegidos de las moscas y del polvo, a prueba de ratas, cucarachas y otros insectos y animales. Frigoríficos y neveras en buenas condiciones de funcionamiento y teniendo los alimentos que corresponda.

Los alimentos que se encuentran al realizar la inspección deben estar todos en buenas condiciones y bien conservados.

Ningún empleado debe dormir en la cocina o despensa. Todos deben tener su armario, toalla propia y medios de limpieza y retretes adecuados y limpios.

Las basuras no deben amontonarse en los alrededores o en los patios y los recipientes que se usen para ellas han de ser metálicos y con cierres.

Para realizar esta acción se creará el cuerpo de inspectores correspondiente y se impondrá el código de la alimentación.

### CÓDIGO ALIMENTARIO

Para poder llevar a cabo todas las disposiciones de la policía alimentaria, es imprescindible reunir bajo un cuerpo de disposiciones o leyes que constituyan un Código Alimentario, con fuerza de ley para reprimir, castigar, multar, (penar) las infracciones a las disposiciones establecidas en dicho código.

### Vigilancia de alimentación

Uno de los aspectos a contemplar sería la vigilancia de las preparaciones y servicios de las comidas en los distintos establecimientos habilitados para ese fin, dependientes del Estado o privados; internados, comedores escolares, industriales, colonias, etc.

Esta vigilancia debe ser realizada por intermedio de inspectores con conocimiento técnico e idoneidad en la materia, que en forma sistemática inspeccionaría los establecimientos a la jurisdicción correspondiente.

Esta inspección tiene por objeto primeramente poder determinar las cantidades, calidades, armonía y adecuación de los regímenes, como así también la de asegurar el aprovechamiento de sobrantes y residuos a fin de disminuir el valor económico de las raciones, sin desmedro de los fines que se persiguen. También tendrían a su cargo asimismo la tarea de confeccionar y variar los distintos menúes que en forma regular se irán proporcionando en los distintos locales y establecimientos. En esta forma se asegurará la alimentación ofrecida a la población que acude a dichos establecimientos ya sean oficiales o privados, realicen una alimentación correcta libre de errores que incidirán no solo en su salud sino también en la colectividad, tanto en la paz biológica como económica.

### Inspección de industrias alimentarias.

Ella contempla un amplio plan que va desde las fuentes de producción, elaboración, conservación, transporte y venta de los productos alimenticios. En cuanto a la faz de producción, se hace imprescindible el estudio de las diversas zonas productoras del país a fin de poder coordinar, aconsejar y distribuir la producción más conveniente en cada caso. Así es que zonas improductivas por intermedio de los organismos oficiales podrán convertirse en fuentes de producción. También debe encararse la tarea sanitaria del estudio de la composición química de los alimentos realizadas sistemáticamente en forma regional, a fin de conseguir al menor costo posible un alimento de mayor valor nutritivo. También es imprescindible el examen de los manipuladores de los alimentos, a fin de romper el eslabón contaminación de los mismos, mediante la divulgación sencilla y práctica de los conocimientos higiénicos en la manipulación de alimentos, con gran ventaja para la salud de la comunidad. Mediante esta acción se conseguirá establecer gradualmente la higiene requerida en los establecimientos.

Es evidente que el examen médico del personal de las industrias alimentarias, es un medio que contribuye a descubrir muchos focos infecciosos que repercutirían sobre la salud de la colectividad pues los alimentos irían infectados. En esta acción deben orientarse sobre los factores que intervienen en la infracción de los aumentos y su acción patógena sobre el hombre. Es indudable que la capacitación higiénica de los manipuladores dará mayor confianza al público consumidor por la garantía que ello representa. La calidad de los alimentos es la fuente de una buena alimentación que proporciona todos los principios nutritivos que integran una dieta: prateínas, grasas, hidratos de carbono, minerales y vitaminas. pero que además de la calidad debe darse la seguridad de que el alimento llega al consumidor sin peligro para su salud. Debe combatirse la infección e infestación de los alimentos mediante una manipulación higiénica. También es necesario el contralor higiénico de

los establecimientos que preparan y venden alimentos debiendo comenzar la lucha en los lugares mismos de producción, es decir en los sembrados, cultivos, ganados, etc., mediante una campaña intensa y coordinada. El transporte de los alimentos debe ofrecer la seguridad de que no alterará la calidad del producto y ello se conseguirá utilizando transportes higiénicos, limpios y adecuados al producto que acarrean.

Deben crearse en las distintas industrias alimentarias cursos de higiene en esta materia de un carácter obligatorio al personal de los mismos, pues con ellos se conseguirá crear una conciencia sanitaria que daría más resultados positivos en bien no sólo de la colectividad sino de los mismos industriales que ofrecerían un producto sano e higiénico. Ello es así porque en materia de higiene pública, la educación sanitaria es la piedra angular en que descansa la acción a desarrolar.

Ley de bases:

> Aº 3º: Inciso 34. — Promover, organizar, coordinar y/o fiscalizar la higiene en los establecimientos destinados a la tenencia, comercio y sacrificio de animales.

## El problema de las carnes y sus derivados

La carne representa en la alimentación un elemento indispensable por la jerarquía de sus proteínas, tanto en cantidad como en calidad (fuente de aminoácidos necesarios para el crecimiento, mantenimiento y reproducción) por la presencia de sustancias grasas, por las sales minerales y el valor vitamínico que contienen. Los valores nutritivos de las carnes dependen de la edad, raza y alimentación del animal.

El problema de la carne es de mucho interés sobre todo en nuestro país, ganadero por excelencia, aunque en muchas zonas de la república su consumo es muy limitado o escaso, debido a que son regiones de pobres recursos económicos, a la topografía, a la falta de transportes etc., factores que condicionan el fenómeno señalado.

La base del problema está en los medios de conservación de la carne, sobre todo en los sitios donde el consumo se ve dificultado por el aislamiento (distancia) de los centros productores.

La carne es un elemento perecedero y ello se debe a la sustancia protéica que contiene; la transformación de la carne es un proceso largo, en la que incluyen la temperatura, la humeded y los microorganismos que imprimen modificaciones llevando a la putrefacción de la misma.

La industria ha recurrido a métodos de conservación de la carne que tienen por finalidad evitar el proceso de destrucción antedicho, siendo el frío la base de la Industria Frigorífica que es nesesario difundir en nuestro país.

También la conservación de los alimentos por medio de ácidos es decir, la acidificación es la base de la Industria de escabeches; la acción física, la de sección, comprende el método llamado entre nosotros tasajo, método económico que se usa en los lugares donde hay escasez de carne.

Es necesario instalar en diversas zonas del país, establecimientos para la conservación de la carne y sus derivados a fin de subsanar el problema de aquellas regiones en que su consumo es escaso por falta de medios para conservar dichos productos .

*Pescados:* Desde el punto de vista alimentario el pescado es de gran valor por sus riquezas en proteínas y desde el punto de vista económico, porque ellos ofrecen una fuente de proteína barata y dada la riqueza y variedad de pescados de costas, ríos, y lagunas de nuestro país que son ricos en especies distintas, ofrecen un campo especial para el desarrollo de esta Industria que es necesario incrementar para hacer llegar a los distintos lugares del país el producto en buen estado.

Son numerosas las causas por las cuales una carne no puede ser apta para la alimentación y hasta representar un peligro para la salud. De ahí la necesidad de establecer la vigilancia en los distintos lugares de producción y consumo, y comprobar sus condiciones y valorar el estado higiénico de las mismas, control organizado y dirigido por la Secretaría de Salud Pública de la Nación, a fin de que represente una garantía sanitaria y una garantía de la calidad del producto.

Comprobar que ella no sea causa o vehículo de enfermedades, ya sea por infección, infestación o por alteración de la misma.

Las carnes y vísceras como alimentos pueden tener gran valor por ser productos de vasto consumo, pero debe establecerse el riguroso control antedicho para evitar los peligros que ellas representan cuando no son controladas por las inspecciones correspondientes.

En efecto, ellas pueden dar origen a enfermedades causadas por gérmenes o parásitos e intoxicaciones por carnes putrefactas o debido a la existencia de toxinas dentro de la misma carne (botulismo).

Las infecciones microbianas vehiculizadas por las carnes, pueden ocurrir en la vida animal o bien por una infección post-mortem.

La infección intravital ocurre por consumo de animales adultos (infección puerperal, mastitis, pleuroneumonias, etc.).

En la infección post-mortem las causas más frecuentes son:

*a)* Porque los que manipulan las carnes son portadores sanos o enfermos.

*b)* Por contaminación en el mercado o lugar de venta.

c) Por los recipientes heladeras, utensillos, etc. que lo contaminan.

d) Por las moscas o insectos.

La carne puede ser tóxica por putrefacción o por descomposición y a veces su estado no se denuncia por sus caracteres organolépticos y más aún, los condimentos lo enmascaran.

Otra forma de intoxicación es cuando existen en las carnes las toxinas botúlicas que da origen a cuadros serios.

El abastecimiento de carne y derivados a la población de la República, se hacen actualmente en forma harto deficiente, tanto en lo que a calidad se refiere como también especialmente a la sanidad del producto, factor éste de enorme trascendencia en la salud pública.

La mejor carne se exporta y el resto se faena para consumo nacional.

Veinte, treinta o cincuenta ciudades a lo sumo, cuentan con mataderos en los cuales se practica una inspección sanitaria con la relativa garantía; el resto, o sea centenares y centenares de poblaciones carecen en absoluto de servicios veterinarios, lo cual determina que en país de la carne y esencialmente en las regiones productoras de tan noble alimento, se consumen los animales de desecho y que son reales fuentes de contagio debido a las enfermedades de que adolecen trasmisibles al hombre. Bastará al efecto señalar tan solo la tuberculosis, hidatidosis, brucelosis y triquinosis, zoonosis corrientes en nuestros rebaños, para significar la gravedad del problema.

Este se agrava aún más por el siguiente factor: esas enfermedades pueden ser diagnosticadas en vivo y entonces los que tienen animales afectados por ellas, no los mandan donde existe inspección sanitaria, pues saben que indefectiblemente caerían en comiso, desviándolos hacia mataderos locales o carnicerías de pueblos carentes de esa sana medida preventiva.

Un programa que tienda a salvaguardar la salud de la población no puede desentenderse de este grave problema que involucra por igual aspectos sanitarios y sociales.

Si los habitantes de las grandes ciudades, gozan del privilegio de comer carne buena y sana, no concebimos cómo no se ha extendido ese beneficio a todos los habitantes del país.

Con el fin de subsanar las anormalidades tan sucintamente apuntadas, sugerimos de utilidad la sanción del siguiente proyecto de Ley:

1. Toda ciudad de más de 10.000 habitantes contará con un matadero con servicio Veterinario Oficial.

2. Anexo al matadero se instalarán cámaras de enfriamiento para guardar productos.
3. Se construirán edificios industrializadores para los subproductos.
4. En zonas carentes de ganadería se construirán mercados con cámaras frigoríficas para recibir y expender carnes procedentes de mataderos oficiales.
5. En regiones propicias se instalarán saladeros.
6. Dentro de los 90 días de promulgada esta Ley, se reglamentaría por medio de la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

Ley de Bases

Inciso 23. — Dictar el Código Bromatológico y proceder a su revisión y publicación periódica.

Para poder llevar a cabo todas las disposiciones de la policía alimentaria, es imprescindible reunir bajo un cuerpo de disposiciones o leyes que constituyan un Código Alimentario, con fuerza de ley para reprimir, castigar, multar (penar) las infracciones a las disposiciones establecidas en dicho código.

Para ello se procederá al nombramiento de una comisión constituída por varios miembros, en que estén representados los diversos aspectos que afectan a los problemas de la alimentación y que dentro de un plazo prudencial, confeccione dicho Código para ser puesto a la consideración y aprobación de los poderes correspondientes.

El Código Bromatológico además de permitir la fiscalización de los alimentos, es el organismo sanitario encargado de hacerlo cumplir, legislación puesta al servicio de una función social, pues ejerciendo un costante contralor y expendio de los productos alimenticios se persigue alcanzar el legítimo derecho de que no se perjudique a la población, dando a ésta los alimentos sanos y adecuados para cumplir así con los postulados de higiene y medicina social.

El Código permite la vigilancia higiénica de la alimentación colectiva, finalidad que se consigue con su aplicación.

Todas las variadas y completas funciones de vigilancia y control de la higiene alimentaria, estará a cargo de la Secretaría de Salud Pública, que fijará normas, unificará criterios y coordinará los esfuerzos de las distintas reparticiones y organismos encargados a este fin.

En el plan a desarrollar se organizarán y crearán los organismos pertinentes relacionados con la alimentación: inspección química, inspección veterinaria, laboratorio bromatológico, microbiología animal y vegetal, experimentación, investigación, etc.

Estas disciplinas actuarán conexas, de ser posible a los centros de salud y unidades sanitarias y se irán instalando gradualmente los controles e inspecciones en las distintas zonas del país, que asegure una vigilancia activa y permanente desde la fuente de producción, elaboración, transporte, hasta el sitio de consumo.

La labor educativa se hace indispensable dando a conocer los beneficios de un elemento sano e integral y conocer los peligros que entraña para la salud un alimento antihigiénico e inadecuado; dichos conocimientos deben ser difundidos al productor, al intermediario y al consumidor.

Hay que dotar a los organismos sanitarios de los instrumentos legales para que el plan sanitario se cumpla en toda su integridad y no se desvirtúen los objetivos y las finalidades propuestas.

Debe orientarse y estimularse la industria de los alimentos, para que dentro de los conceptos científicos, higiénicos y técnicos, rinda el máximo provecho para la colectividad y para prestigio y beneficio de los propios productores e industriales.

No basta hacer una buena propaganda, sino que hay que poner el alimento al alcance del poder adquisitivo del pueblo.

Debe realizarse la vigilancia sanitaria de los alimentos, pues éstos pueden ser causa o vehículos de enfermedades, mediante un control organizado en los sitios de producción, elaboración, transporte, y lugares de venta y consumo, evitando la infección e infestación de los alimentos.

Se realiza así una acción de medicina preventiva.

Debe combatirse el fraude alimentario en todas sus formas, pues esta práctica dolosa perjudica a la salud de la población y a la economía del consumidor por la mala calidad de los productos alimenticios.

En los grandes centros de población el hombre depende para su abastecimiento alimentario de los mercados y comercios, por ello es necesario que éstos estén en condiciones higiénicas .

Ley de Bases:

> Aº 3º: Inciso 56. — Promover, organizar y/o proveer la formación y el perfeccionamiento de médicos higienistas epidemiólogos y otros especializados en problemas de Salud Pública, ingenieros sanitarios, laboratoristas, enfermeras, visitadoras, asistentes sociales, dietistas y otros técnicos o auxiliares sanitarios.

La Secretaría de Salud Pública de la Nación, debe formar sus propios técnicos, en los diferentes aspectos de la obra a realizar, a fin de que ellos lleven la orientación adecuada.

Es indudable que deben facilitarse recursos a los profesionales, maestras, bachilleres, etc. para que puedan abrazar cualquiera de las disciplinas que su vocación les indique.

En materia de alimentación es necesario incrementar, fomentar y facilitar la formación de técnicos, ya sea en la enseñanza superior universitaria, (médicos dietólogos), en la enseñanza media formación de dietistas, auxiliares en alimentación y asistentes sociales especializadas en alimentación.

Para ello se podría aumentar el número de alumnos becados a fin de que de todas las provincias y territorios, reciban la correspondiente enseñanza oficial del Instituto Nacional de la Nutrición.

En cuanto al personal auxiliar de alimentación, ellos podrán formarse en los futuros cursos que se darán en los Centros de Alimentación (filiales), bajo la orientación emanada de la Secretaría de Salud Pública.

Para llevar a cabo la obra empeñada, es necesario contar con los recursos técnicos necesarios en todos los ámbitos del país.

Toda la reglamentación surgida de las bases que anteceden, traerían en futuro mediato, conquistas de carácter trascedental en el aspecto económico del problema de la alimentación, que tenderían:

1. A procurar que el costo de los alimentos fuese racional y accesible al poder adquisitivo de la población;
2. A fomentar la armónica producción y consumo agrícola ganadero;
3. A aproximar las regiones productivas a los centros de consumo, mediante mejoras de las comunicaciones para subsanar las deficiencias productivas regionales y procurar el intercambio de productos;
4. A controlar la venta de productos alimenticios para evitar la crisis de distribución, la ingerencia de intermediarios y la ocultación con fines de lucro;
5. A fiscalizar el estado de conservación de los alimentos en los lugares de fabricación y expendio;
6. A abaratar el transporte y suprimir las tasas impositivas de ciertos productos imprescindibles a ciertos núcleos de poblaciones.

La Secretaría de Salud Pública, por intermedio de sus organismos técnicos de alimentación, abordaría el aspecto económico de la misma mediante el análisis y estudio de las encuestas que se realizarán en el país, para resolver el aspecto económico individual o familiar.

El problema económico deberá ser abordado en doble sentido: educativo y de economía social.

*Educativo:* con la finalidad de enseñanza de economía doméstica a las madres y dueñas de casa, para la inversión lógica del presupuesto familiar, con la adquisición de alimentos, útiles necesarios para su preparación conveniente y conservación adecuada de los alimentos.

*Economía Social:* deben ser aprovechados los alimentos regionales, la distribución y transporte de un sitio a otro.

Debe propenderse a la cocina natural dada la variedad productiva alimentaria del país, con alimentos frescos, que son más útiles y convenientes y no el consumo de conservas, pues no siempre estas son más baratas que los alimentos frescos, a más que un gran número de productos en su elaboración pierden valor nutritivo.

Es necesario tener en cuenta que los recursos consagrados a la alimentación, redundan en beneficio del Estado, pues de una sana política de alimentación, surge como resultado inmediato la disminución del número de hospitales por la acción armónica entre el desenvolvimiento de la economía y de la salud pública. En ciertas regiones es conveniente crear comedores en las fábricas o almacenes de víveres, para que puedan suministrar alimentos a un precio adecuado, y a otros núcleos familiares se le puede favorecer mediante el plan de las estampillas alimentarias.

No hay que olvidar que la alimentación obedece a la geografía.

Para favorecer el estado nutritivo de las poblaciones, es necesario el conocimiento previo de esos hechos, para ello es necesario el examen periódico de las poblaciones, especialmente por su facilidad, en los escolares y trabajadores. Una vez conocido el estado de nutrición de una población los métodos destinados a mejorarlos deben ser:

1. Obtener la provisión necesaria de alimentos (conocer lo que debe agregarse a la existente); deben tenerse en cuenta los requerimientos individuales, la constitución química y el valor biológico de los alimentos autóctonos y las alteraciones que sufren por las preparaciones culinarias o la industrialización.
2. Obtener la distribución apropiada en las diversas capas sociales.
3. Utilizar los establecimientos y organizaciones que permitan realizar una alimentación dirigida (establecimientos cerrados, internados, asilos, etc.).
4. Educación y propaganda realizada en todos los medios de difusión moderna.

La Secretaría de Salud Pública, tiene en cuenta como propósito fundamental, mejorar el estado de alimentación del pueblo, como única manera de perfeccionar el estado de nutrición de la población.

Dos objetivos concretos:

1. Promover el mayor consumo de alimentos protectores: leche y derivados; carne, huevo, frutas, etc., método preventivo que estimula a conservar la salud en el hombre sano, alcanzar el máximo de rendimiento en su trabajo y en su destino social.
2. Ayuda del Estado en las prácticas alimentarias, fundando comedores populares, escolares, maternales, etc., en la capital y en el interior y desarrollando una política económica alimentaria para las subsistencias de primera necesidad, de mercados o puestos de ventas ya sea por intermedio de los municipios o en el orden federal; todo esto es un método curativo y profiláctico de las plagas sociales que constituye la desnutrición, las carencias, etc.

Para mejorar el estado de nutrición antedicho es necesario:

1. La colaboración de técnicos para interpretar los problemas locales.
2. La necesidad del examen médico, para investigar y tratar las situaciones patológicas existentes (prevención y curación).
3. Mejorar la economía doméstica mediante la propaganda y educación alimentaria.
4. Reducir el valor económico de la alimentación a un mínimo compatible con la corrección de la misma.

Todas las unidades y reparticiones de los grandes ministerios que tienen a su cargo el estudio de los problemas conexos a la alimentación humana, serán agrupados bajo la dirección de la Secretaría de Salud Pública a los efectos de coordinar dichas actividades.

La Secretaría de Salud Pública, actuará en amplia colaboración y coordinación con la Secretaría de Industria y Comercio, Trabajo y Previsión, Ministerio de Justicia e Instrucción Pública, Ministerio de Guerra y Marina, a fin de cooperar en una acción más eficiente para la correcta alimentación del material humano.

Ello es así, pues es necesaria la acción armónica de la agricultura con la salud pública, es decir agricultura, economía e higiene son los factores que condicionan el problema de la alimentación. Mientras se quemaban como combustibles miles de toneladas de maíz y se pedían miles de toneladas en los silos por falta de exportación o comercialización, seguía existiendo la sub-alimentación crónica que a su vez cegaba muchas vidas con la consiguiente pérdida del valioso capital humano. Esto, que ha sido observado entre nosotros, revela la falta de unión entre la higiene, la economía y la sociología. Tenemos la evidencia de dos fenómenos, uno económico y otro social, cuya resultante influía en desmedro de la poten-

cialidad de la nación. Luego debe existir como se ha observado en el mundo entero, un enlace entre la capacidad productiva agrícola ganadera y la higiene social, puesto que los dos aunque en distintos planos deberían jugar armónicamente: el hombre consumiendo y aprovechando la riqueza que produce su trabajo.

## Acción a cumplirse en el quinquenio 1047|51

## SINTESIS DEL PLAN

1. — Investigar el estado de nutrición del pueblo.
2. — Utilización racional de las existencias de alimentos.
3. — Educación alimentaria.
4. — Aumentar la producción de alimentos.
5. — Servicios de alimentación.
6. — Ayuda alimentaria.
7. — Legislación.
8. — Policía.
9.. — Investigación.

### 1. — Investigar el estado de nutrición del pueblo.

La investigación del estado de nutrición del pueblo se efectuará esencialmente mediante «encuestas de alimentación», en el medio urbano y rural, en las distintas épocas del año y situaciones biológicas, económicas y sociales, tomando fundamentalmente como eje de investigación la familia y además las colectividades homogéneas, en particular las escolares y de obreros. El conocimiento del estado de nutrición permitirá tomar las medidas necesarias para corregir los defectos existentes y juzgar de los resultados obtenidos.

### 2. — Utilización racional de las existencias de alimentos

Comprende la utilización racional de la producción local y el mejor y más económico aprovisionamiento de las zonas donde existe falta de determinados alimentos por las zonas donde éstos exceden el consumo local. El cumplimiento de esta finalidad se iniciará por el estudio estadístico de la producción y consumo por zonas; la solución se dará de acuerdo a las directivas establecidas por la economía dietética.

### Educación alimentaria

Se utilizarán todos los medios útiles y adecuados, para llevar al pueblo el conocimiento de la forma de obtener una alimentación correcta al más bajo costo, en las distintas zonas del país, de acuerdo a las diversas situaciones biológicas, económicas y sociales.

### 4. — Aumentar la producción de alimentos

Se emplearán todas las medidas de estímulo y ayuda conducentes a esta finalidad.

Se investigarán las formas de producción y conservación de los alimentos en las distintas zonas del país y su valor alimentario, con la finalidad de mejorar los sistemas de producción y la calidad de los mismos, así como propugnar la utilización de nuevos alimentos que puedan obtenerse ventajosamente.

### 5. — Servicios de alimentación

Se darán las directivas y organizará la alimentación individual y colectiva del sano y del enfermo en las distintas zonas del país; la acción principal se cumplirá en la grávida, la madre que cría, el niño y los trabajadores.

### 6. — Ayuda alimentaria

La ayuda alimentaria se practicará en los casos de imprescindible necesidad y por el tiempo mínimo necesario; en todos los casos la ayuda tendrá como finalidad obtener un régimen correcto.

### 7. — Legislación alimentaria

Se establecerán las bases necesarias para los anteproyectos de leyes sobre estímulo de la producción, condiciones de elaboración, conservación, circulación y expendio de los alimentos y los requisitos higiénicos sanitarios que deben exigirse a las personas, locales y otros medios que intervengan en los mismos.

### 8. — Policía sanitaria

Tendrá por objeto aplicar y promover la aplicación de las sanciones previstas para los infractores de las disposiciones de la legislación sanitaria, de las que se dicten en sus consecuencias y de las contenidas en sus reglamentaciones y decretos en lo que respecta a alimentos y alimentación.

### 9. — Investigación

Se orientará la investigación científica con criterio biológico, económico y social, con la finalidad de evitar y combatir la subalimentación y las enfermedades de la nutrición. Se procurará la solución del problema de la alimentación correcta al mínimo costo para toda la población del país.

## Año 1947

### 1. — Investigar el estado de nutrición del pueblo

Se preparará un equipo de investigadoras sociales y dietistas, especialmente instruídas sobre encuestas.

Se preparará un equipo técnico capacitado para elaborar las encuestas e interpretar los resultados.

Se creará una organización que permita obtener la elaboración de los datos de la encuesta de inmediato.

Se iniciarán las encuestas alimentarias en el interior del país con el apoyo de las Delegaciones Regionales.

## 2. — Utilización racional de las existencias

Se creará la Sección «Estadística alimentaria», que comenzará su labor por el estudio de la producción, costo y consumo de los alimentos por zonas, en los siguientes rubros: leche, queso, manteca, huevos, carnes, verduras y frutas.

Se creará la sección «Economía alimentaria» con la finalidad de indicar la forma de obtener un régimen correcto en las distintas zonas del país a un mínimo costo.

Se publicará el «Boletín de la alimentación de la familia Argentina» que divulgará los estudios de la sección Economía alimentaria.

## 3. — Educación alimentaria

Se dará preferencia a la educación alimentaria popular.

Se utilizará toda forma útil de divulgación de conocimientos: radiodifusión, cinematógrafo, volantes, folletos, prensa diaria, etc.

Se partirá de la organización educativa del Instituto Nacional de la Nutrición, ampliando sus servicios.

Se creará el «Museo de la Alimentación» donde el pueblo aprenderá recreándose; el museo será, el eje de la acción educativa; preparará el material educativo para sus exhibiciones y para la enseñanza en las escuelas.

Se iniciarán en la Escuela de Dietistas los cursos de la nueva carrera de Asistentes Sociales especializadas en alimentación, que preparará técnicos para la obra a cumplirse en el interior del país.

Se proyectará la mejor forma de iniciar la enseñanza en las escuelas primarias, secundarias y en las Universidades.

## 4. — Aumentar la producción de alimentos

Se propiciarán conferencias o congresos de cooperativas de producción con la finalidad de estimular su acción.

Se estimulará y ayudará a la «Huerta escolar» persiguiendo que todas las escuelas donde funcionan comedores posean la propia.

## 5. — Servicio de alimentación

Se creará un «Servicio central de alimentación», que impartirá las directivas necesarias para que los grupos colectivos homogéneos, colegios, obreros, etc., puedan obtener una alimentación normal y correcta. La acción primera estará dirigida a los internados escolares.

Se proyectará un edificio para el Instituto Nacional de la Nutrición, con el objeto de ampliar los servicios existentes y crear los nuevos necesarios para que este Instituto pueda cumplir su finalidad como organismo encargado del problema de la alimentación nacional.

### 6. — Ayuda alimentaria

Se proyectarán las reglamentaciones de la ayuda alimentaria que presta el estado y las institutciones oficiales a la grávida, la madre que cría, el niño y el adolescente, con el objeto de que siempre cumpla la finalidad de obtener un régimen correcto.

### 7. — Legislación alimentaria

Se preparará el anteproyecto de la «Ley de la leche».

Se iniciará la redacción del «Código Alimentario».

### 8. — Policía alimentaria

Se organizará la vigilancia de la alimentación de las colectividades homogéneas.

Se creará una inspección técnica de los locales públicos de comidas (Hoteles, restaurantes, fondas, etc.).

Se persiguirá que la lista de comidas (menú), económica que se sirve en las casas de comidas, corresponda a un almuerzo o comida de un régimen correcto.

### 9. — Investigación

Se ampliarán los laboratorios de química y biología del Instituto Nacional de la Nutrición, planificando el estudio analítico sistemático de los alimentos y comidas de nuestro país.

## Año 1948

Se continuará la labor del año anterior y además.

Se comenzará la construcción del edificio del Instituto Nacional de la Nutrición.

Se crearán filiales del Instituto Nacional de la Nutrición en: las provincias de Corrientes, Tucumán, Santiago del Estero, Jujuy y Salta y en los territorios del Chaco y La Pampa.

Se ampliará el estudio de las encuestas.

Se profundizará el estudio de las familias o individuos que fuera necesario.

Se creará la escuela de Cocineros de colectividades dentro del Instituto Nacional de la Nutrición.

Se creará la cátedra de enseñanza de alimentación en los colegios normales a cargo de médicos dietólogos y dietistas.

Se organizará la enseñanza de la alimentación en todos los grados de las escuelas primarias.

Se hará una campaña en favor del huerto y granja familiar.

Se estudiará organizar el abasto de leche en las poblaciones que no la tienen.

Se organizará la investigación biológica, económica y social para evitar y combatir la subalimentación.

Se creará una sucursal del Museo de la Alimentación en Rosario.

Se crearán tantas secciones del «Boletín de la familia argentina» como provincias y territorios, con el objeto de hacer más efectivas las indicaciones del mismo.

Se imprimirá mensualmente en el número necesario para que cada maestro del país lo reciba, con la obligación de hacerlo llegar a los padres por medio de los niños.

## Año 1949

Se continuará la obra anterior y además:

Se concluirá el edificio del Instituto Nacional de la Nutrición.

Se crearán filiales del Instituto Nacional de la Nutrición en las provincias de Buenos Aires, Entre Ríos, San Juan, y La Rioja, y en los territorios de Formosa, Misiones y Chubut.

Se creará una sucursal del Museo de Alimentación en Córdoba.

## Año 1950

Se continuará la obra anterior y además:

Se concluirá de habilitar el edificio del Instituto Nacional de la Nutrición.

Se crearán filiales del Instituto Nacional de la Nutrición en las provincias de: Santa Fe, Córdoba, Mendoza, San Luis y Catamarca, y en los territorios de Río Negro, Neuquén, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Se creará una sucursal del Museo de Alimentación en Tucumán.

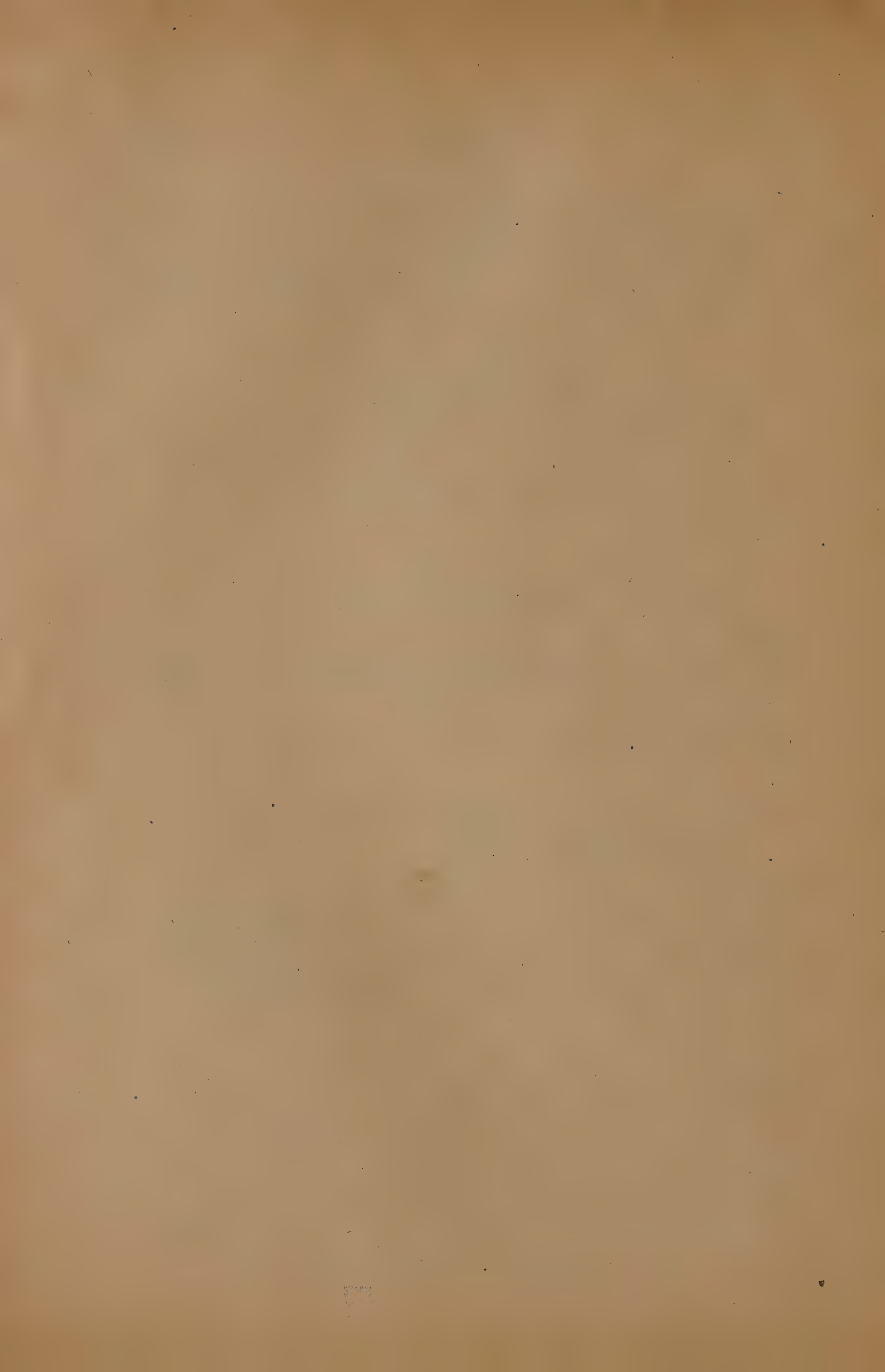
## Año 1951

Se continuará la obra en marcha y además:

Se creará un Museo en Mendoza.

Se creará un Museo rodante para hacer exhibiciones en el interior.

Se procederá al estudio crítico de los resultados obtenidos por el plan en el quinquenio y a la organización definitiva de la alimentación en nuestro país para el cumplimiento de la finalidad perseguida: alimentación correcta para el Pueblo Argentino.



## CAPITULO XXIV

### *ASISTENCIA DE ALIENADOS E HIGIENE MENTAL*

*Resolver el problema de la Asistencia e internación de alienados y otros enfermos crónicos del sistema nervioso y propender a una mejor higiene mental de la población en general.*

El Superior Gobierno de la Nación, consecuente con el espíritu del Derecho Público moderno en el sentido de acordar prevalencia al interés colectivo sobre el individual, quiere crear las condiciones previas para que la vigilancia y la atención de la salud del pueblo, entendidas como funciones del Estado, tengan acceso en igualdad de condiciones a todas las clases sociales del país. Constituyen, quizá, los enfermos mentales el caso donde hasta ahora menos se han cumplido tales condiciones previas, que suponen gratuidad y asistencia de la totalidad de los enfermos.

La falta de camas es la causa principal de que exista en nuestra patria el problema del alienado. La magnitud real de este problema no puede establecerse con precisión debido a la carencia de datos estadísticos obtenidos por medios biodemográficos. La única proporción objetiva de que disponemos y que nos puede servir de pauta, pertenece a otra época, pues corresponde al censo de 1869, que comprobó en la población de nuestro país un 2,3 % de alienación mental y un 2,4 % de debilidad mental (idiocía, imbecibilidad). Este índice es, sin duda, inadecuado en la actualidad, no solamente por su anacronismo, sino también por otras razones, como ser que el copioso aporte inmigratorio llegado al país en el lapso transcurrido desde entonces, al aumentar la proporción de la población adulta a expensas de la infantil, ha aumentado correlativamente la proporción de los alienados. Si a pesar de estas reservas aplicamos la relación del censo de 1869 a nuestra situación actual, obtendríamos una cifra harto hipotética de 65.800 insanos.

¿Qué se ha hecho y qué se hace frente a este problema del alienado?. Sin que pueda hablarse jamás de una política sanitaria coherente, no faltaron en el transcurso de la historia nacional iniciativas gubernamentales y parlamentarias, así como de particulares, médicos y sociólogos encaminadas a resolver el trascendental problema en cuestión.

En los días de la emancipación, sólo unas cuantas decenas de los más o menos 2.000 alienados de entonces se encontraban hacinados en el famoso Patio o Cuadro de Dementes, en el Hospital General de Hombres y en el Hospital de Mujeres. Hacia el año 1870 existía algo como un esbozo de asistencia médica de cierto número de los 8.000 insanos por ese entonces calculados, gracias a la fundación de la «Convalecencia» germen del actual «Hospital Nacional de Alienadas, así como del «Hospicio de San Buenaventura», base del Hospicio de las Mercedes de hoy. Según descripciones de la época, el alojamiento de los alienados era incómodo, escaso de luz, de aire y de higiene. Se usaba todavía en el tratamiento de los agitados, el cepo, el garrote, el caústico, la ducha y el encierro celular. Durante los siguientes decenios se modernizaron las instalaciones y el sistema asistencial de dichas instituciones, fundándose, además, sucesivamente, el Asilo Colonia de Luján (Open Door), el Asilo de Lomas, El Servicio Policial de Observación de Alienados, el Asilo Colonia Melchor Romero, el Hospital de Alienados de Córdoba, el Asilo Colonia Mixto de Oliva, el Asilo de Torres para Retardados y otros establecimientos asistenciales públicos y privados de menor capacidad.

Sin desconocer los esfuerzos, en ocasiones denodados, que ha realizado y realiza todavía cada una de estas instituciones en favor del enajenado mental, debemos admitir que su actuación, considerada tanto inidividual como colectivamente, resulta incompleta e insuficiente. Esta insuficiencia obedece a numerosas causas que intentaremos abordar.

*a)* La falta de capacidad. — La Nación dispone únicamente de 17.806 camas en el momento actual, las que son ocupadas no sólo por dementes, sino también por neurópatas y afectados por diversas psicosis tóxicas. Deben sumarse a esta última cifra 4.666 internados sin cama, que duermen prácticamente en el suelo de las salas, en los corredores, pasillos y en sótanos insalubres. A la insuficiencia de los establecimientos se añade la vetustez de muchos de ellos, siendo digno de señalarse que, en el Hospicio de las Mercedes, casi todos sus pabellones fueron construídos en los años 1859, 1861 y 1887. Vemos, por otra parte, con frecuencia, sumarse a lo dicho la escasez de equipos domésticos y de tratamiento. Existen establecimientos con más de 3.000 personas internadas que no cuentan con laboratorio ni sala de rayos X ni siquiera sala de curaciones o de cirugía de urgencia.

*b)* Falta de unidad de comando y de coordinación en los servicios asistenciales. — No solamente suelen estar separadas la asistencia pública y la privada, la preventiva y la curativa, sino inclusive en una misma esfera de actuación y en una misma zona interfieren con frecuencia directivas provenientes de distintos centros de comando, con la consiguiente dispersión del esfuerzo a favor del en-

fermo. Si se considera la naturaleza especial de las afecciones mentales, el estudio de sus factores predisponentes y determinantes y los demás problemas planteados por sus profilaxis y tratamiento, es evidente que ninguna organización destinada a resolverlas puede ser emprendida hoy sin tener en vista un plan orgánico de acción médico-social e institucional, esto es, prescindiendo de los elementos indispensables para darle una sólida base y un pensamiento director que proyecte y señale claramente sus finalidades esenciales. Como toda obra médico-social de cerácter realmente constructivo, la asistencia de los alienados debe concentrar sus esfuerzos no sólo sobre la acción curativa, sino también sobre otros aspectos pre y postnosocomiales, a fin de que ella pueda ser ejecutada con real eficiencia e incluída racionalmente en un programa de perfecta unidad de acción. Como es sabido, la racionalización y concentración de los esfuerzos prevalece hoy en todas las esferas de la actividad humana. La carencia de un Código Sanitario surgido de estudios e investigaciones de carácter médico-higiénico, social, jurídico y estadístico, deja, sin un basamento objetivo y estable, a las determinaciones de las autoridades, libradas de este modo a los azares de la opinión individual.

*c)* Falta de organización distributiva. — El sector pudiente de la población, que puede ser calculado en un 15 % de la total es el que está más próximo a tener asegurado un tipo de asistencia psiquiátrica suficiente por su cantidad como por su calidad, ya que existe en el país un buen número de establecimientos asistenciales privados (sanatorios y clínicas de reposo). Los núcleos de población de menores ingresos o no pudientes (aproximadamente un 65 %) son quienes cargan con el mayor peso las deficiencias de atención neuropsiquiátrica de cualquier orden. Y si lo dicho vale para los centros urbanos grandes o pequeños, la desproporción se acentúa dentro de los medios rurales. Al alcanzar últimamente niveles extraordinarios la plétora de alienados en los hospicios, como lo demuestra la repetida clausura de establecimientos de la importancia del Hospital de Alienadas o en otros, la extrema dificultad para internar enfermos, la insuficiencia de esta importante función del Estado ha entrado en su fase de descompensación. Como medida de emergencia o por razones menos respetables, florecieron instituciones particulares improvisadas que absorbían parte del sobrante de enfermos no internables, pertenecientes en su mayoría a un sector intermedio entre la parte pudiente y la no pudiente de la población. No es necesario señalar las deficiencias de orden médico e higiénico atribuídas, con o sin razón, a esos pequeños sanatorios; la falta de tratamiento, consecuencia natural del carácter módico de las pensiones convenidas, significó en muchos casos la obliteración de todas las posibilidades de cura para los enfermos, debido a la pérdida de tiempo durante la fase tratable de la enfermedad. En más de una

ocasión, familias sin recursos, urgidas por la peligrosidad o por la excitación de un enfermo, y ante la imposibilidad de internarlo gratuitamente, no han encontrado otro expediente que el doloroso de abandonarlo en las calles de Buenos Aires, como antaño se depositaban los alienados de tierra adentro en la Plaza del Retiro o en el Paseo de Julio, para que la policía por medio del Servicio de Observación de Villa Devoto dispusiera de su ulterior destino.

Proveer a la asistencia neuropsiquiátrica de todos los habitantes necesitados de ella, brindarla en igualdad de condiciones —gratuitamente— a los diversos núcleos de la población, de ninguna manera excluye el desarrollo del régimen asistencial privado ni la libre elección del facultativo. Por el contrario, corresponde estimular las iniciativas privadas tendientes a satisfacer fines sanitarios y a llenar necesidades de una parte de la población; aunque, naturalmente, encuadrándolas dentro del marco de la organización sanitaria oficial.

El plan asistencial a cumplirse debe velar también por la organización distributiva en forma tal que ninguna zona del país, urbana o rural, deje de recibir sus beneficios. La red hospitalaria planeada ha de cubrir proporcionalmente las necesidades de todo el país.

De acuerdo con este criterio básico y concretado ya el problema, la asistencia de los alienados, cualquiera sea su condición, su estado y las necesidades de su tratamiento, deberá estar sometida en principio a las siguientes finalidades y a la siguiente organización fundamental.

1. — Poseer una institución central destinada a la investigación y conocimiento de todo lo que se relaciona con la patología mental.

2. — Poseer hospitales psiquiátricos destinados a la asistencia y tratamiento de los enfermos mentales agudos, los que estarán dotados de los correspondientes servicios de admisión para las observaciones generales y clasificación de los enfermos, así como de los anexos de clínicas especializadas —quirúrgica, médica, tisiológica, oftalmológica, otorrinolaringológica, odontológica y de fisioterapia— en donde los enfermos podrán recibir los cuidados médicos y quirúrgicos que requieran y sea conveniente atender por su repercusión sobre el sistema nervioso y las funciones cerebrales.

El hospital psiquiátrico deberá disponer de suficientes pabellones o secciones, según su magnitud, como para poder distribuir a los enfermos de acuerdo con la naturaleza de su enfermedad (servicios especiales para epilépticos, oligofrénicos, afecciones neurosifilíticas, esquizofrénicos, etc.). Deberá disponer, asimismo, de todas las dependencias y anexos propios de un hospital moderno (laboratorio, farmacia, desinfección, etc.) y para los menores anormales, la escuela correspondiente. Y, finalmente, una sección destinada a la laborterapia dada la importancia que hoy se acuerda al tra-

bajo en los hospitales psiquiátricos, tanto desde el punto de vista terapéutico como del económico.

3. — Poseer colonias para transferir a ellas a los enfermos crónicos, porque para tales enfermos no cabe ninguna solución mejor que la de ubicarlos en el campo en donde pueden vivir y trabajar en las condiciones más favorables para su cuerpo y para su espíritu, y en donde pueden ser sometidos convenientemente, además, al régimen llamado de asistencias héterofamiliar, cuyas ventajas de todo orden han sido ya ampliamente comprobadas dentro y fuera de nuestro país.

4. — Hospitales y Colonias deberán ser complementados con servicio de asistencia externa (dispensarios y clínicas de orientación) cuya finalidad tenderá, por un lado, a difundir aquellas nociones de la higiene mental capaces de atenuar el desarrollo de las dolencias mentales y, por el otro, a prevenir, mediante exámenes periódicos, la eclosión o la recidiva de trastornos mentales, a cuyo efecto distribuirán tales servicios las indicaciones apropiadas a cada caso.

Entraremos a describir el Plan Quinquenal de Asistencia Neuropsiquiátrica, considerando, primero, analíticamente cada una de sus partes constitutivas, Unidades de Asistencia Médico-social, y en el segundo lugar, considerando el conjunto de todas ellas, o sea la Red Hospitalaria Neuropsiquiátrica del país.

Solamente con fines expositivos separaremos dos fases en cada unidad del plan, a saber: una primera fase, asistencial, constituída por la Asistencia Social y Preventiva de una parte, y de otra, por la Asistencia Psiquiátrica propiamente dicha y una segunda fase institucional de investigaciones y tratamiento.

### A) SISTEMA ASISTENCIAL O ASISTENCIA SOCIAL PREVENTIVA

La Asistencia Social y Preventiva se desenvuelve en estrecho contacto con el núcleo ideológico de la Revolución Nacional. La Asistencia Pública, al remediar a «posteriori» los efectos nocivos sobre la salud mental de la población provocados por factores sociales, tales como el pauperismo, la fatiga industrial, el trabajo en ambientes viciados, etc.. La Asistencia Social, al levantar el nivel de vida cubriendo las deficiencias de la alimentación, de la vivienda y de las demás necesidades orgánicas; al levantar el nivel moral y espiritual de la Nación; y al luchar contra las enfermedades sociales que, como en el caso de la locura, en un momento dado, afectan, inutilizando total o parcialmente, a un número grande de personas y que en todo caso repercuten hereditariamente sobre la constitución de la raza. Y por último la Medicina Preventiva, mediante la lucha contra las causas directas de las enfermedades del sistema nervioso.

Toda medida de asistencia social y preventiva supone un conocimiento preciso, ordenado y en la medida de lo posible, cuantitativo, de los diversos problemas que plantea la higiene mental de la población. Como en el resto de la medicina, el éxito del tratamiento depende también aquí de la exactitud del diagnóstico. Esta finalidad la cumple el Registro, primer eslabón de la Asistencia Social.

## El Registro

El Registro ha de ser guía segura para la organización racional de la Asistencia Social y de los servicios hospitalarios neuropsiquiátricos del país. Comprenderá tres secciones: la demográfica, la geográfica y la nosográfica. La Oficina Demográfica del Registro, aplicando el cálculo estadístico al estudio de los grupos humanos o poblaciones de las diferentes zonas que componen la República, ha de facilitar el esclarecimiento de los factores que aumentan o disminuyen los casos de enfermedad mental o nerviosa, revelando al propio tiempo diversos aspectos de la neuropatología regional argentina. Cada Registro regional deberá estudiar detalladamente las áreas locales y comparar la propia curva demográfica con las curvas de morbilidad mental que acusan las zonas vecinas o alejadas. Las Oficinas Demográficas verificarán, por otra parte, las curvas de morbilidad mental de los grupos humanos clasificados por profesiones, con la colaboración de médicos o instituciones sindicales; de la edad escolar, con la colaboración de los consultorios médicos escolares, etc.. La coordinación de estas tareas dará como resultado la uniformidad de los métodos y la facilidad de tabular una estadística nacional. Para apreciar nuestro atraso actual en esta materia baste recordar que en los dos únicos censos nacionales levantados en los últimos tres cuartos de siglo, no figura una estadística de este tipo sobre nuestra población de alienados. La estadística o biodemografía sanitaria es completamente indispensable en todo plan efectivo de sanidad pública orientado hacia la erradicación o combate de cualquier enfermedad de las llamadas sociales, entre las cuales sobresale la locura.

La Oficina de Geografía Médica del Registro deberá estudiar las relaciones médicas que presenten los fenómenos físicos y humanos. En su sección de Fisiografía se han de analizar las modalidades ofrecidas por los elementos que forman el medio ambiente, estudiando las condiciones físicas que ejerzan una influencia natural y directa sobre el estado sanitario mental de cada lugar. Un ejemplo ilustrativo de la influencia que este tipo de factores fisiográficos ejerce sobre la morbilidad mental lo brinda la distribución geográfica del cretinismo. Dentro del plan de geografía médica, la sección de antropogeografía habrá de ocuparse especialmente de las condiciones biosociales del hombre, dedicando

preferente atención a algunos problemas fundamentales como la alimentación, el trabajo insalubre, etc. Los estudios de geografía médica permitirán orientar todas las normas sanitarias cuya aplicación sea necesaria en las regiones naturales de nuestro suelo. Como resultado de los estudios geográficos médicos vinculados con la higiene mental, se efectuará una representación cartográfica de todos los fenómenos estudiados por la oficina de cada zona. Para cumplier esta labor debe iniciarse una relación permanente con las entidades geográficas que realicen mapas especializados en el orden físico y antropogeográfico, con el objeto de reunir las fuentes imprescindibles para la estructuración de una cartografía sanitaria. En base de los estudios biodemográficos se confeccionará el Mapa Sanitario nacional en materia de Neuropsiquiatría y se hará la división de las regiones naturales del país desde el punto de vista frenopático. Anexa a la sección de geografía médica se organizará una Oficina de Catastro, que ha de llevar a cabo el estudio geográfico estadístico de la red asistencial rios, colonias, asilos, institutos, sanatorios, clínicas de reposo y consultorios.

La Oficina Nosográfica realizará la clasificación de los enfermos según su estado. Estos pueden ser: alienados, bajo cualquiera de las formas clínicas de la locura; alienados incipientes, alienados frustros, alienados no internables, constitucionales de diversa índole en la frontera de la alienación mental; psiconeuróticos, predispuestos por herencia o intoxicación, retardados (débiles mentales, (imbéciles o idiotas); toxicómanos varios; criminales; enfermos de las glándulas endócrinas; enfermos orgánicos del encéfalo, medula, nervios periféricos, o por heredopatías nerviosas y crónicos en general.

El registro organizará en su seno un departamento de informaciones y divulgación para orientar a los estudios en la búsqueda de fuentes bibliográficas y en el análisis de problemas bioestadísticos y demogeográficos. Se ocupará también de la redacción de los boletines, semanarios, folletos y demás publicaciones de carácter técnico o divulgatorio que efectúe la sección.

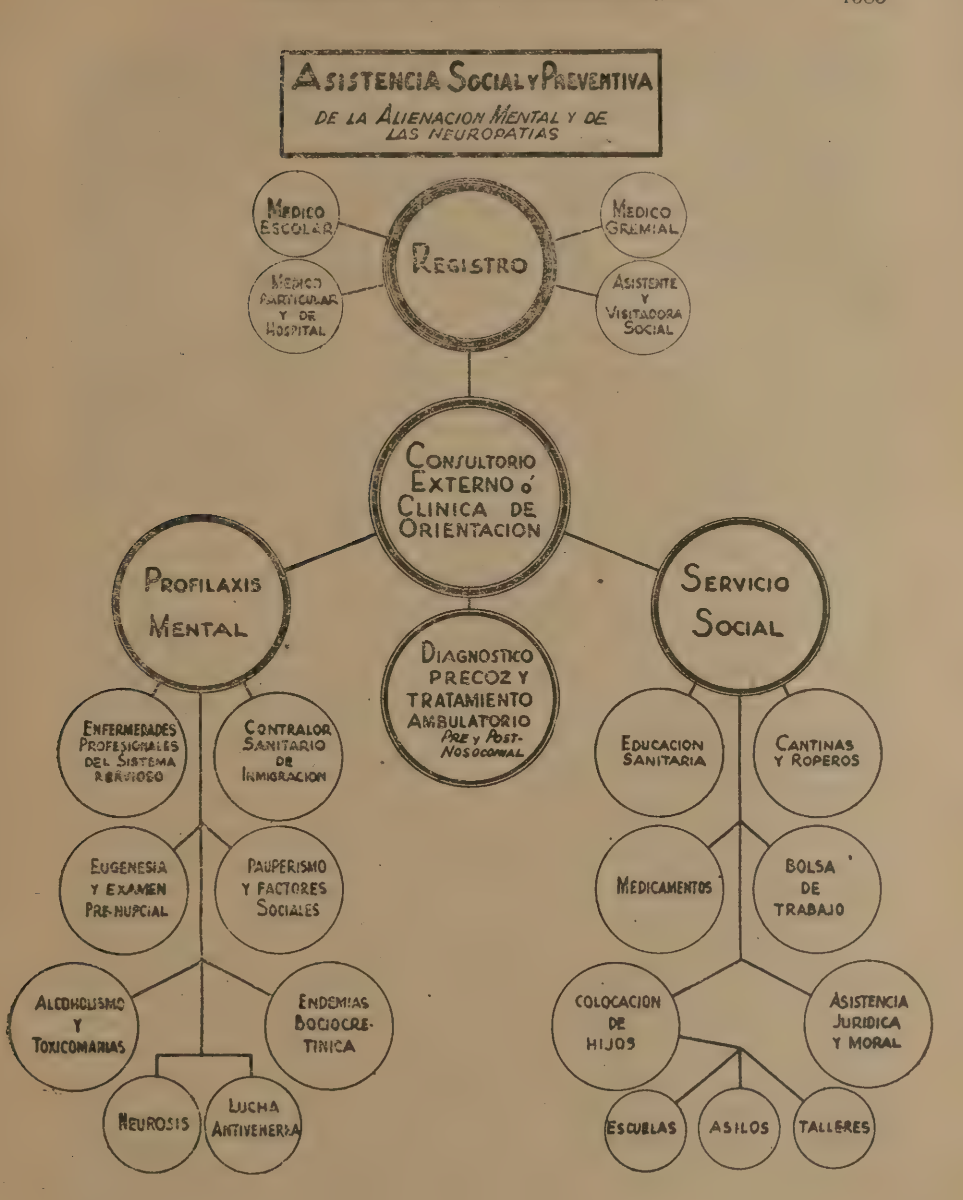
La recolección de los datos compilados en el Registro constituye la encuesta médico social, base del diagnóstico médico-social que orientará a la asistencia. Fuentes de compilación son: la Visitadora de Higiene, el Asistente Social, el Médico de Hospicio, dispensario, sanatorio, colonia o asilo; el Médico de Sindicato; el Médico Escolar y el Médico Particular. La Visitadora de Higiene Mental desempeña sus funciones específicas en el domicilio del individuo o familia en vías de asistencia, siendo la encargada, por la labor de propaganda que debe realizar, de atraer a éstos hacia la institución preventiva o curativa; debe presentar al mé-

dico del dispensario y al registro todos los antecedentes mórbidos, económicos o sociales que han contribuído a crear el estado que se quiere remediar, antecedentes y datos que en su conjunto constituyen la ficha social. Mientras la visitadora llena una función sanitaria, el Asistente Social más bien se dirige a la necesidad económica, organizando obras sociales, como comedores, ayudas en especie, cooperativas de consumo; su fin principal es poner en práctica el llamado Servicio Social de los casos individuales, consistente en el reajuste del individuo y de la familia, dentro del medio en que desarrolla sus actividades. Como es natural, los alienados declarados pueden ser denunciados por el establecimiento de internación (hospicios, sanatorios, colonias o asilos) o por el Médico Particular especialista o no, el cual, por otra parte, tiene sobre sí la responsabilidad del diagnóstico precoz, de infinidad de casos ambulatorios de psicosis. No poca importancia debe asignarse a la información proporcionada por el médico de las organizaciones gremiales, ya que las estadísticas médicas elaboradas en el medio profesional e industrial constituyen una guía segura para orientar la política social vinculada a la higiene mental. Por su parte, los servicios médicos patronales aportarán los informes correspondientes a las enfermedades psíquicas de los trabajadores, debiendo cumplir esta labor bajo las directivas de las oficinas técnicas del servicio biodemográfico. El Médico Escolar, para terminar, contribuirá con la especificación de los niños anormales, verdaderos y falsos, desglosando las anomalías por déficit intelectual congénito u oligofrenia de aquéllos por psicopatía o «moral insanity».

En resumen: el Registro como centro de estadística, de investigación social y de experimentación, orienta a la asistencia médica y al servicio social, el cual persigue un fin mediato y no inmediato, es decir, que por encima de las soluciones que encuentra para sus asistidos, se preocupa por obtener la desaparición en el plano general de los problemas que individualmente soluciona.

### CONSULTORIO EXTERNO O CLINICAS DE ORIENTACIÓN

El consultorio externo o clínica de orientación debe tener por finalidad atraer a la consulta a todos los individuos adultos y niños que presenten alguna alteración psíquica o de la conducta, realizar el diagnóstico precoz de su afección, efectuar su tratamiento ambulatorio cuando éste sea posible o cuando sea necesaria la internación, orientar los enfermos hacia los servicios hospitalarios psiquiátricos que corresponden, proveer a la profilaxis de las enfermedades mentales y, por último, procurar la solución del problema económico social y moral de psicópata y de su familia por medio del serivicio social.


ASISTENCIA SOCIAL Y PREVENTIVA
DE LA ALIENACION MENTAL Y DE LAS NEUROPATIAS
MEDICO ESCOLAR
MEDICO PARTICULAR Y DE HOSPITAL
REGISTRO
MEDICO GREMIAL
ASISTENTE Y VISITADORA SOCIAL
CONSULTORIO EXTERNO Ó CLINICA DE ORIENTACION
PROFILAXIS MENTAL
DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO AMBULATORIO PRE Y POST-NOSOCOMIAL
SERVICIO SOCIAL
ENFERMEDADES PROFESIONALES DEL SISTEMA
CONTRALOR SANITARIO DE INMIGRACION
EUGENESIA Y EXAMEN PRE-NUPCIAL
PAUPERISMO Y FACTORES SOCIALES
ALCOHOLISMO Y TOXICOMANIAS
ENDEMIAS BOCIOCRETINICA
NEUROSIS
LUCHA ANTIVENEREA
EDUCACION SANITARIA
CANTINAS Y ROPEROS
MEDICAMENTOS
BOLSA DE TRABAJO
COLOCACION DE HIJOS
ASISTENCIA JURIDICA Y MORAL
ESCUELAS
ASILOS
TALLERES

Este consultorio puede formar parte de hospitales generales, hospitales psiquiátricos, servicios externos de consulta, instalados en establecimientos o instituciones cualesquiera, o funcionar aisladamente. Pero debe estar siempre conectado con hospitales neuropsiquiátricos y con servicios de clínica médica y de especialidades, a cuya colaboración puede recurrir en caso necesario.

Su personal debe integrar un equipo compuesto por: médico psicólogo, psiquiatra, neurólogo, endocrinólogo, bioquímico, y asistente o visitadora social.

1.° El diagnostico precoz, fundamento de la profilaxis por el tratamiento precoz, continuo y completo, adquiere una importancia particular en el campo de las enfermedades nerviosas y mentales, entre las cuales es común la forma de comienzo insidiosa y encubierta de los síntomas y la tendencia a la cronicidad, que torna inoperantes a las medidas terapéuticas cuando se adoptan tarde. El diagnóstico precoz de las psicopatías se afianzará con la institución del reconocimiento médico periódico de la población.

La experiencia médica demuestra que es necesaria una observación especializada para discriminar el valor semiológico de pequeñas alteraciones que, descuidadas de otra manera por enfermos y aun por médicos, van a dar lugar a graves procesos mentales.

2.° El examen mèdico del psicópata. — La clínica de orientación dispondrá de un fichero clínico donde se ordenarán las historias clínicas de los pacientes. Luego de sentados los datos de la anamnesis se consignarán los resultados de la exploración médica somatopsíquica y de los informes auxiliares. El consultorio del dispensario o el consultorio externo del hospital, según los casos, constarán de todos los elementos indispensables para el diagnóstico, funcionando como anexos a los mismos consultorios adjuntos también dependientes de Hspital Psiquiátrico, de psiquiatría, neurología, laboratorio, servicio de electrodiagnóstico y rayos X, de endocrinología y biotipología, etc. Especial interés tiene entre estos consultorios, el de psicoterapia, que ha de permitir el tratamiento ambulatório y gratuito de los enfermos de neurosis, generalmente prolongado y económicamente prohibitivo para la gente de escasos recursos, cuando se aplican las conocidas técnicas analíticas. Lo mismo puede decirse del consultorio de psicotecnia y orientación profesional, destinado al estudio de los factores de orden psíquico —carácter, coeficiente intelectual, aptitudes o fallas especiales, vocación— que se requieren en la técnica del trabajo. Con los elementos de juicio resultantes de este estudio, se puede ir colocando a los sujetos y separando a los que no pueden desempeñar una tarea dada. La colocación en este caso, como en el de alienados en remisión, delincuentes readaptados o personas

egresadas de colonias de trabajo, se verá facilitada con la creación de Bolsas de Trabajo, instituciones mediadoras entre el futuro operario y el empleador.

3.° Al hablar del registro hemos mencionado las diversas clases de enfermos que en él figuran; su clasificación constituye otra función del Dispensario.

4.° Función de orientación. — Hecho el examen y la clasificación del paciente, el dispensario dispondrá su alta, su internación o su tratamiento ambulatorio. La internación se llevará a cabo por medio de la Guardia Psiquiátrica anexa al consultorio externo del Hospital Neuropsiquiátrico: los casos agudos o con posibilidades terapéuticas de cualquier índole serán remitidos al Hospital Neuropsiquiátrico; los casos crónicos con invaliz mental o física y sin posibilidades de remisión, serán enviados a asilos para retardados; los crónicos pasibles de un tratamiento ocupacional útil, serán enviados a las Colonias de Trabajo para mujeres o varones, en cuyos establecimientos se les instituirá laborterapia en granjas, chacras, parques y jardines, artes y oficios. Los retardados en fin, a las instituciones correspondientes. El problema más espinoso de las guardias psiquiátricas es el Transporte de Enfermos, sobre todo de enfermos agitados, deshidratados, confusos y febriles, o suicidas y agresivos lúcidos, máxime cuando deben ser retirados de sitios alejados de los centros urbanos. Fuera del transporte común terrestre de enfermos con automotores y ferroviario, se ha contemplado la posibilidad de habilitar medios aéreos, fluviales y marítimos (aviones y barcos sanitarios).

5.° El Tratamiento Ambulatorio de las enfermedades nerviosas y mentales, es una actividad propia de la clínica de orientación y del consultorio externo del hospital. Ya hemos hablado de la profilaxis por el tratamiento, corolario del diagnóstico precoz. Hemos hablado también de la psicoterapia, que con la quimioterapia y ciertas formas de fisioterapia, constituyen su arsenal principal terapéutico. No pueden existir discrepancias, por otra parte, sobre la indicación de la convulsoterapia (shock eléctrico y cardiazolterapia convulsiva) y ciertas formas de piretoterapia como métodos de aplicación ambulatoria, siempre que se cumplan estrictamente los requisitos de la técnica: disponer de camas para la permanencia del enfermo durante varias horas así como del personal auxiliar competente, etc.

6.° Función Social. El allanamiento de las causas indirectas de la psicopatía constituye la función social del Dispensario. Comienza con la educación sanitaria de la población, difundiendo el conocimiento de las medidas de higiene mental por medio de la prensa, radiodifusión y otros recursos publicitarios, tales como los citados en el parágrafo referente al Registro. En este capí-

tulo podría incluirse la censura de espectáculos y publicaciones inmorales, así como la educación sanitaria individual del mismo psicópata mediante la orientación espiritual y la psicoterapia.

Lugar aparte merece la ayuda social del psicópata, función que presenta muchos aspectos a considerarse. Su finalidad esencial consiste en solucionar el problema social, económico y moral del enfermo mental o nervioso, así como el de su familia. Figuran entre sus obras más importantes: las cantinas, roperos, refugios, hospedajes económicos o gratuitos para enfermos dados de alta o con tratamiento ambulatorio. Además de las Bosas de Trabajo ya mencionadas, pueden agregarse la ayuda en especie, la entrega gratuita de medicamentos (farmacia externa), la colocación de los hijos en escuelas, asilos y talleres, subsidios familiares. Debe destacarse la asistencia jurídica gratuita, dada la frecuencia de las derivaciones y abusos a que da lugar la situación de incapacidad civil de los alienados. La observación periódica de los «vigilados», así como la institución de centros de readaptación para delincuentes psicópatas, tipo reformatorio, cierra este capítulo sobre la función social del Dispensario.

## 3.º PROFILAXIS MENTAL

El plan de asistencia ha de prevenir el desarrollo de las enfermedades mentales combatiendo sus causas directas. Estudiará, en primer término, los problemas vinculados a la higiene y a la medicina del trabajo, promoviendo y vigilando la aplicación de las medidas tendientes a conservar la salud de los trabajadores y a prevenir las enfermedades profesionales. Los obreros industriales han de estar protegidos contra la inhalación de vapores o polvos metálicos capaces de provocar alteraciones mentales agudas o crónicas como la intoxicación por el plomo. El aire viciado de las fábricas, el desprendimiento de óxido de carbono en las viviendas obreras y, en general, toda forma similar de envenenamiento industrial, deben ser prevenidos, adoptando las medidas precautorias adecuadas( inspección sanitaria, etc.). En esta tarea se contará con la colaboración del Instituto de Higiene Industrial y Medicina del Trabajo, a crearse. El *pauperismo* es otra causa predisponente de significación en la génesis de las afecciones mentales. Por ejemplo, en una parturienta puede ser el factor determinante de una psicosis de la maternidad como consecuencia del agotamiento físico y mental y ser al propio tiempo causa en el hijo de la aparición del mongolismo por lesión germinativa carencial.

Contra el pauperismo van dirigidas las obras de asistencia pública (asilos, maternidades, refugios, cantinas, etc.) y de asistencia social (leyes de salarios mínimos, medidas contra la carestía de la vida, bolsa de trabajo, legislación industrial, etc.).

El alcoholismo, verdadera pandemia tóxica universal, ocupa un lugar aparte en la medicina mental preventiva y social. En general, los autores higienistas experimentados observan una actitud pesimista frente a la posibilidad de su abolición completa. En los Estados Unidos el fracaso de activas campañas proselitistas a favor de la abstinencia y sobre todo después de la promulgación de la Ley Wolstead o ««Ley Seca » ha llevado al convencimiento a las autoridades y médicos de que solamente medidas eugenésicas (teniendo en cuenta la importante función que desempeña la herencia en la etiología del alcoholismo) y en un régimen económico social más humano y equitativo, son los únicos elementos de verdadera utilidad en su profilaxis. El absintismo o intoxicación inveterada por bebidas esenciales como el ajenjo, puede ser total o parcialmente extirpado. Si no erradicado, el etilismo o alcolismo por bebidas destiladas, como el aguardinente, caña, grapa o whisky, ha de verse mitigado en sus deplorables efectos por un eficaz contralor de la industria. Pero donde este contralor se torna verdaderamente indispensable, es en la presencia del enolismo, intoxicación por bebidas fermentadas del tipo de la cerveza y sobre todo del vino de uso ampliamente difundido en los medios más pobres de la población. Las fábricas, para evitar los llamados «vinos flacos» e invocando la necesidad para su conservación, le agregan alcoholes de toxicidad superior a la del etílico (alcohól metílico); para darle color se le añade también campeche, bayas de sauce, etc. Pero lo más grave es el enyesado y el sulfitado de los vinos por el agrègado de azufre quemado y yeso, con el objeto de conservarlos y darles mayor vinosidad y proporciones superiores a las no tóxicas que contempla la ley y que, como se ha podido comprobar, determina a la larga serias lesiones del sistema nervioso y del hígado (cirrosis hepática) debido a la formación de sulfato ácido de potasa.

También se han de promover y organizar las actividades tendientes a la presencia y erradicación de las toxicomanías, y las investigaciones especiales correspondientes, proveyendo a la segregación temporaria o permanente de morfinómanos, heroinómanos, etc., en instituciones apropiadas o colonias, así como de los traficantes de estupefacientes en establecimientos penales.

La segregación definitiva de toxicómanos incurables ha de tener inlfuencias eugenésicas indirectas, ya que también aquí intervienen factores endógenos hereditarios.

La profilaxis de la neuro sífilis se proveerá mediante la educación sanitaria antivenérea y la profilaxis por el tratamiento; en los casos de infección confirmada ha de aconsejarse el examen periódico del líquido céfalorraquídeo, en particular cuando aparez-

can síntomas nerviosos. Agregaremos aún las reacciones serológicas como la de Wassermann y Kahn en sangre, como complemento del examen prenupcial obligatorio. Tiene interés nacional por su frecuencia en las poblaciones de los valles altos de la Cordillera de los Andes, la endemia bociocretínica, cuya profilaxis se realizará: inutilizando los manatiales bocígenos, administrando yodoterapia preventiva a las poblaciones bajo forma de sal de cocina, rica en yodo, mejorando las condiciones de vida para evitar posibles infecciones y poniendo fin al aislamiento social propio de estas poblaciones con sus consecuencias de consanguinidad frecuente, falta de higiene, alimentación unilateral (sin carne fresca). Es necesario hacer hincapié en las medidas eugenésicas y el

El plan de asistencia ha provenir el desarrollo de las enfernecológicos que tanto influyen en la provocación de alteraciones mentales, el contralor sanitario de la inmigración de gran actualidad para nuestro país, y en un problema de extraordinaria importancia de higiene mental como es el de la prevención de las neurosis.

Es por todos admitido que el germen de la neurosis del adulto está constituído por la neurosis infantil; por ello es que la profilaxis debe orientarse particularmente al despistaje precoz del neurótico infantil para su tratamiento inmediato. Para ese propósito no hay nada más eficaz que las llamadas «Clínicas de Orientación» tal como funcionan en gran cantidad en los Estados Unidos. El «niño neurótico» o «el niño problema» reciben allí después de haber sido indentificados y clasificados, un tratamiento conveniente. Ya que los factores ambientales son de gran importancia, también los padres reciben a veces un tratamiento y sobre todo una orientación para la educación del hijo. Estas clínicas de orientación funcionan también en forma coordinada con las instituciones pedagógicas que generalmente suelen enviar a niños que tienen dificultades en su aprendizaje y conducta.

La profilaxis de la psicosis del adulto se basa en el tratamiento de las neurosis infantiles y del adulto, que muy a menudo constituyen prodromos de una psicopatía más grave. El neurótico adulto necesita para su tratamiento consultorios externos con médicos especializados y capaces de administrar tratamientos psicoterapéuticos, los únicos eficientes en la mayoría de esos trastornos. El psicótico adulto ha pasado, pues, por dos fases anteriores, muchas veces sin tratamiento e inadvertido por él mismo y por su medio ambiente antes de llegar a una psicosis grave que demande internación.

La práctica de la higiene mental exige la formación especializada de pedagogos, asistentes sociales, maestros y médicos. Esto no ha sido logrado en nuestro medio, sugiriendo, sobre todo con res-

pecto al médico especialista en higiene mental, una reorganización de los estudios médicos, orientados de acuerdo a las nuevas corrientes de la medicina integral (psicosomática).

## PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL DEL NIÑO

Existe en nuestro país una enorme despreocupación en cuanto se refiere a la profilaxis y asistencia de las perturbaciones mentales de la infancia, lo que se revela por las muy escasas instituciones oficiales y privadas dedicadas a la atención de los problemas relacionados en ese sentido. Esta situación se hace tanto más importante por cuanto es notoria, por una parte, la significación que tienen para el criterio contemporáneo, las medidas profilácticas infantiles para la prevención de las perturbaciones e inadaptaciones en la personalidad del adulto y porque, por otra parte, en el progreso de la morbilidad actual las perturbaciones mentales y la adaptación social del individuo aumentan rápidamente, en forma tal, que constituyen un aspecto sobresaliente en la lucha colectiva contra la enfermedad en los países de vanguardia. Asimismo con el progreso de nuestros conocimientos, la patología mental infantil se va ampliando cualitativa y cuantitativamente de manera que rebasa el campo de la medicina misma y tiene que actuar en la profilaxis de la delicuencia infantil y en otros aspectos sociales similares.

Un instituto dedicado al estudio de la profilaxis y terapéutica de las perturbaciones mentales infantiles implica actualmente el desarrollo de un vasto campo de actividades que se pueden sintetizar para una organización inicial en la siguiente forma:

1) Organización de clínicas para hábitos y orientación de la niñez y problemas de conducta infantil y escuelas para padres. Anexo a esta organización funcionarán clínicas de asistencia para los juzgados de menores, para la prevención de la delicuencia infantil, asesorando a los establecimientos para los menores delincuentes.

2) Clínicas neuropsiquiátricas infantiles.

3) Organización para niños deficientes, con criterio médico-pedagógico como verdaderos centros de dirección y asesoramiento para débiles mentales.

4) Organización para la higiene mental del niño huérfano, abandonado o temporalmente sin hogar.

5) Organización didáctica para la formación de técnicos especializados. Psiquiatras, pediatras y asistentes sociales y reeducadores. La creación de una escuela de servicio social constituye una necesidad impostergable para la formación de los técnicos capacitados indispensables.

La realización inicial de este esquema exige un amplio servicio de asistencia externa y uno relativamente menor de asistencia in-

terna para menores hospitalizados. Su función principal consiste en dar las normas y la organización general con respecto a la higiene mental infantil para todo el país. A medida que este tipo de educación higiénica se extienda y se requieran mayores servicios para su difusión y realización, éstos habrán de establecerse según las normas directivas de las instituciones existentes en los países con mayor experiencia.

La escasísima asistencia organizada en nuestro país en ese sentido permite que la iniciación de una campaña efectiva y constructiva no tropiece con situaciones a contemplar y puede comenzarse con una institución experimental modelo como la que se expone.

El esqueleto de la institución puede plantearse en la siguiente forma:

| | | |
|---|---|---|
| Asistencia externa | a cargo de:<br>Psiquiatras<br>Pediatras<br>Neurólogos<br>Psicólogos<br>Endocrinólogos<br>Asistentes sociales<br>Consejero jurídico (en colaboración) | 1.° Clínica de hábitos, orientación y problemas de conducta infantil.<br>2.° Clínica neurológica.<br>3.° Clínica Psiquiátrica.<br>4.° Consultorio Psicotécnico.<br>5.° Calificación y orientación de deficientes mentales. |
| Asistencia interna | a cargo del mismo cuerpo de asistencia. Encargado del servicio externo de acuerdo con las propias necesidades. | Para la internación de los casos agudos que lo requieran en el campo neuro-psiquiátrico y endocrinológico esquizofrenias, psicosis, psiconeurosis graves, epilepsia, tumores y neuro-cirugía en general, etc. |

Ambos tipos de asistencia se realizarán por colaboración en equipo con un triple enfoque: ambiental, psicológico y somático, en el que interviene cada integrante con su aportación correspondiente y actuando con su criterio en el diagnóstico, terapia y profilaxis consecuente. El alto personal técnico tendrá que cumplir, además, funciones didácticas en la escuela de servicio social anexa.

COORDINACIÓN CON LA INSPECCIÓN MÉDICO-ESCOLAR

Para cumplir con los dictados de la Higiene Mental del escolar, la Secretaría General de Asistencia de Alienados e Higiene Mental, debe coordinar su acción con el Consejo Nacional de Educación, por intermedio de la Inspección Médica Escolar. Esta última debe organizar el estudio psicológico individual, levantando, en primer lugar, un censo de escolares inadaptados, repetidores, difíciles, «retardados pedagógicos», como se los llama comúnmente, para distinguirlos de los «frenasténicos mayores» o de los inescolarizables.

El concepto de «anormal de escuela» o inadaptado escolar, debe regir como base de un plan de Higiene Mental del escolar. La inadaptación del escolar forma un cuadro sindromático muy complejo del resorte de la psiquiatría infantil, de la psicopatología y de la psicopedagogía. La pedagogía enmendativa, correctiva y médica, debe contar con una cadena de organizaciones especializadas que si no es completa, no puede realizar la obra integral.

Los estudios realizados en diversos países, y aun en el nuestro, acusan cifras ponderables de niños atípicos. La «pesca» del inadaptado, del atípico o del infradotado puede hacerse en las escuelas por intermedio de los maestros, las visitadoras escolares y los médicos de distrito. Estos niños serán objeto de estudio individual en las clínicas escolares de guía y orientación psicopedagógica como se verá después.

ESTABLECIMIENTOS DE ENSEÑANZA PARA NIÑOS INFRADOTADOS

La reeducación de los niños anormales cuesta, según estadísticas, de 150 a 180 pesos anuales cada uno. Para capacitar a estos niños anormales, reeducarlos en una escuela autónoma, instituto o escuela especial, se requieren 4 años, y cuestan al Estado de 600 a 700 pesos.

Salen con un oficio que les permite afrontar su vida y definitivamente tutelados por el Patronato de Menores o centros posescolares.

Abandonados a sí mismos, se convierten en lastre, primero, de la familia, y a la larga, del Estado. En tal caso pasan a ser cronicarios oficiales, significando un costo de 50 pesos mensuales o sea 600 pesos anuales cada uno.

Un promedio de diez años por individuo da una pérdida de 6.000 pesos al Estado, es decir, el mil por ciento.

Estas cifras elocuentes hablan por sí mismas de la importancia de la reeducación de los niños anormales y justifica la creación e instalación progresiva de un sistema de establecimientos

adecuados para el tratamiento y educación de niños deficientes educables y desarmónicos.

El planeamiento de esta organización debe contemplar, en primer término, la preparación de maestros especializados en la enseñanza de niños que presentan dificultades de esta índole, en la que deben colaborar pedagogos de experiencia en la materia, médicos psiquiatras y psicólogos. En estos cursos se enseñará en forma intensiva, y dando a la enseñanza carácter teórico-práctico en todos los casos, psicología del niño normal y anormal y pedagogía aplicada a la educación del niño deficiente y desarmónico, así como técnicas educativas y correctivas especiales, tales como, por ejemplo, las necesarias para la reeducación fonética y la corrección de dificultades especiales de aprendizaje.

La educación especializada se efectuará en establecimientos adecuados: jardines de infantes y escuelas. Los establecimientos tendrán el carácter de semi-internados tipo hogar, debiéndose contar con ambas instituciones, para dirigir en ellas, de acuerdo a los caracteres psicológicos y sociales del problema, a los niños que puedan beneficiarse con uno u otro tipo de asistencia. Se efectuará, a la vez, el tratamiento médico, la educación y la asistencia social de los niños concurrentes. Los programas de enseñanza serán adaptados a la capacidad mental y a las aptitudes de los educandos e incluirán la práctica de manualidades y tareas correspondientes a la producción y necesidades regionales, de modo que pueda iniciarse temporalmente la orientación vocacional.

Tanto las clínicas de conducta como el sistema de establecimientos educacionales especializados, trabajaran en íntima relación con el sistema educacional común y, particularmente, con el cuerpo médico escolar.

La enseñanza de los infradotados e inadaptados requiere métodos y procedimientos dignos de mención. En cuanto a los métodos didácticos generales, diremos que deberán tenerse en cuenta los de educación de los sentidos, creados por Seguin y perfeccionados por María Montesori, por una parte, y los globales, introducidos por el Dr. Decroly en Bélgica, por otra. Estos últimos se concretarán en centros de interés vocacional; trabajando en grupos para facilitar la socialización de los infradotados, cosa siempre difícil.

Para la confección de los centros vocacionales se tendrán en cuenta los intereses concretos, inmediatos, y las necesidades del niño.

Los métodos especiales se refieren a la corrección de defectos (sensoriales, motores, de lenguaje, etc.), a la enseñanza profesional y a la gimnasia médica.

Los trabajos manuales serán eminentemente prácticos y útiles y así podrán confeccionarse centros teórico-prácticos de alfarería, telares, confección de zapatillas, juguetería, costura, etc., según la edad, la habilidad manual motora de los niños.

Esto significa que el tipo de enseñanza será eminentemente práctico.

Para los 20 distritos escolares de la Capital se establecerán 5 centros de estudio, o clínicas neuropsiquiátricas infantiles. Centros semejantes podrán establecerse en las principales ciudades de la República y «clínicas viajeras» para los pueblos de menor número de habitantes.

Estos centros contarán con el personal técnico en psiquiatría y pedagogía correctiva. Contarán con los locales adecuados y se dotarán del material clínico-pedagógico «ad hoc».

Se concentrarán con los consultorios centrales de la Inspección Médica Escolar para los exámenes complementarios que fuesen necesarios.

Estos centros harán la orientación y distribución de los escolares según su tipo clínico-pedagógico y el establecimiento que les correspondiere.

Desde los puntos equidistantes donde se instarán , podrán realizar encuestas, censos, investigaciones y conferencias para la mejor organización del trabajo.

### TIPOS DE ESTABLECIMIENTOS

El estudio individual de los niños, su agrupación en conglomerados más o menos homogéneos, la investigación detallada de sus aptitudes la edad civil y la mental, como asimismo su tipo clínico o carácter, darán la pauta para la organización de los establecimientos.

En términos generales y de acuerdo con los conocimientos clásicos de la materia, los establecimientos pudene ser externados, semiinternados o internados. Un niño puede pasar sucesivamente por varios establecimientos según su edad y la evolución de su proceso reeducativo. El internado se reservará para los casos especiales de inadaptados sociales, constituciones psicopáticas o desarmónicos que necesitan, permanentemente o temporariamente, de la segregación. En general, deben preferirse los semiinternados porque conservan la acción del hogar, cuando éste es eficiente o necesario.

### A) JARDÍN DE INFANTES

Un programa completo de reeducación no puede olvidar que el tratamiento precoz es el desiderátum de la Higiene Mental y.

por lo tanto, se hará la «pesca» del deficiente desde la más temprana edad.

Las escuelas autónomas estarán provistas de jardines para preescolares de 4 y 5 años, donde la educación será francamente preparatoria y la atmósfera hogareña. Hay que propender a que haya tantos Jardines de Infantes como escuelas».

B) ESCUELA HOGAR

El ideal es conservar al escolar en su hogar, en contacto directo y permanente con su familia y sólo cuando por razones de inadaptación, debido a su carácter o por deficiencias pedagógicas de los progenitores o por peligro moral o abandono, se recurrirá a la segregación en internados.

Estos últimos tendrán el sistema de casa hogar.

La organización de la enseñanza en ellos se hará de acuerdo a los planes ya establecidos anteriormente y la dotación del establecimiento será adecuada a su tipo.

## CLINICAS DE ORIENTACION

Las clínicas de orientación, cuyo fin fundamental es el estudio de la personalidad integral de niño, los trastornos que producen el desajuste al medio y la readaptación consecutiva, son de concesión prácticamente reciente. Su origen ha de buscarse en la clínica de Witner, en el año 1896, clínica de carácter psiquiátrico que funcionó en la Universidad de Pensylvania y más recientemente en las Clínicas de Healy, en 1909. Rápidamente se multiplicaron de los Estados Unidos de Norte América, constituyéndose asesores de gran valor en los juzgados de menores y extendiendo su radio de acción a los hogares y centros educativos, que contaban con niños que presentaban alteraciones de conducta, «niños problemas», inadaptados al grupo familiar o escolar, híper o hipodotados. La citada Clínica de Orientación, cuyo objeto esencial era el procurar tres cosas fundamentales: salud, felicidad y eficiencia de los niños, debe funcionar con el sistema de equipos, vale decir, con personal especializado que estudiará al niño en su ambiente. Luego, en reuniones periódicamente organizadas por el citado personal técnico, ha de comentarse cada caso en particular, elevando luego su correspondiente informe, pero teniendo siempre como fin fundamental el de ayudar al niño a resolver su problema, a readaptarse al grupo familiar o escolar, ya eliminando los factores adversos, ya fortificando los útiles, o bien orientarlo en sentido de descubrir nuevas fuentes de energía, sean efectivas o centros de interés.

De inmediato, se distribuirá la tarea encargando a cada técnico los elementos de trabajo correspondientes y adecuados, dejando amplia libertad de iniciativa, en cuanto a métodos, técnicas o pruebas a experimentar o adaptar.

De este modo quedará constituído el equipo, que consistirá en:

1.º — Un Director técnico: un médico neuropsiquiatra infantil.

2.º — Laboratorio psicológico: una asesora y una trabajadora psicológica.

3.º — Consultorio médico: un asesor técnico, un neuropsiquiatra infantil, un endocrinólogo y una nurse.

4.º — Laboratorio psicopedagógico: una asesora y una trabajadora psicopedagógica.

5.º — Sección asistencial: un cuerpo de asistentes sociales.

6.º — Sección administrativa: una directora administrativa y una secretaria en mesa de entradas.

## 1.º — *Consultorio Médico*

Los médicos han de encarar cada caso de acuerdo con su especialidad, con el concurso de la nurse y los resultados de los exámenes psicológicos, psicopedagógicos y el informe social, desde el momento en que ningún niño ha de pasar a la sección médica sin haber completado los exámenes psicológicos y psicopedagógicos.

La nurse entrevistará a la madre del niño, preferentemente después de la 1a., 2a. y 3a. visita a la clínica, tratando de investigar por el interrogatorio, todos los antecedentes personales y hereditarios del niño. Entre estos antecedentes ha de prestarse preferente atención a la lúes, etilismo, enfermedades mentales de algún familiar cercano en su parentesco al niño, parálisis general progresiva, híper o hipotiroidismo; la existencia de convulsiones, lentitud en el hablar, caminar o en la erupción dentaria, trastornos del lenguaje, terrores nocturnos, sonambulismo, insomnio, fobias, etc.

Prestará ayuda a los médicos en el examen del niño, haciéndose cargo del tratamiento. Llevará el control de todo el movimiento del consultorio y ha de elevar un parte diario de todo lo hecho.

De igual modo, la nurse se encargará de hacer cumplir los exámenes complementarios, tales como análisis, radiografías, y realizar los tratamientos hechos por los médicos especialistas de otros servicios y que trabajan en coordinación con la clínica.

## 2.° — *Laboratorio Psicológico*

Su función esencial ha de ser la de suministrar al psiquiatra los datos de la edad y coeficiente intelectual del niño. Estos datos de gran valor para el estudio ulterior del enfermo, permitirán trazar el plan de capacitación o readaptación del niño.

La asesora, profesora eficiente en la materia, deberá brindar su opinión autorizada frente a cualquier duda, actuando especialmente en las reuniones finales, cuando existan problemas que se relacionen íntimamente con alguna función psíquica. Colaborará, además, con la trabajadora psicológica, estudiando con ella, técnicas o nuevos «tests» que tengan aplicación para el estudio aislado de algunas funciones psíquicas.

La Trabajadora Psicológica, tendrá como función específica el testaje. Deberá entrevistar varias veces al niño, a fin de conocer sus gustos y deseos, opinando sobre la inestabilidad del carácter, sus tendencias o estímulos capaces de producir reacciones en tal sentido o tal otro. Deberá estudiar los gestos del niño ante los juguetes, el tiempo que tarde en comenzar a jugar, si persiste en el juego durante un tiempo determinado o si pronto pierde su interés por él, si se mantiene reservadamente solo o, en cambio, busca la compañía de otros niños; si se deja influir o no por algún cabecilla improvisado, si decide de por sí el juego o espera que alguien le señale alguno.

Al ser llamado, ha de observarse si el niño camina solo o bien busca el auxilio de algún familiar, si camina delante, junto o detrás del examinador, la forma de entrar al laboratorio, su actitud antes, durante o después del «test».

En una palabra, la psicóloga tendrá su laboratorio, pero trabajará u observará en todas partes, en el patio, en el escritorio, en los juegos, etc.

### *Testaje*

El testaje ha de ser hecho en el Laboratorio Psicológico, el que deberá estar constituído por una habitación aireada, bien iluminada, de temperatura agradable, con paredes de pintura clara, moblaje escaso y sencillo, armarios cerrados y lejos de cualquier ruido capaz de distraer la atención del niño. Este último deberá sentirse cómodo, sin hambre ni frío, ni cansancio, ni preocupación seria. Será preferible elegir las horas de la mañana (de 8,30 a 11), o los primeras de la tarde, (de 14 a 16 hs.), puesto que más tarde, el hambre o el cansancio impiden obtener exacta y positiva información de parte del niño.

### 3.° — *Sección administrativa*

La Directora Administrativa se encargará de todo lo referente al cuidado de la casa y dirección del personal a su servicio: reposición de material deteriorado, horarios, etc.

La Secretaria de Mesa de Entradas tendrá a su cargo el control de los casos, números y orden de las historias clínicas, cantidad de sesiones llevadas a cabo con cada niño, ya en el consultorio ya en el laboratorio.

### *«Test»*

Su objeto fundamental es el de comprobar un hecho. Se los agrupa en:

«test» sintéticos y «test» analíticos.

Los primeros se refieren al nivel mental, vale decir, a los que determinan la edad mental y el coeficiente intelectual.

Los segundos, se encargan de la exploración de las funciones específicas por separado, ya sea una o un grupo de ellas.

Los principales «tests» a emplear son:

1.° — «Test» Mental de Terman («test» sintético);

2.° — «Test» Miss Florence Godenough;

3.° — «Test» Motórico de Oseretzky (coordina el elemento motor y el elemento psíquico del movimiento).

4.° — «Test» A. B. C. de Filho.

### *Auxiliares del Psicólogo*

Además de los «tets», existen otros instrumentos capaces del estudio de las funciones psíquicas en lo que a su mecanismo y rapidez de respuesta se refieren. Tales son:

*a)* El cronógrafo de D'Arsonval, utilizado para medir el tiempo que tarda el individuo en sentir sensación de presión.

*b)* El taquitoscopio, consistente en un tablero con una pequeña ventana por la que desfilan carbones con distintas inscripciones según la edad del niño y capacidad del mismo.

### 4.° — *Laboratorio Psicopedagógico*

Tendrá por fin esencial, medir el porcentaje de captación del niño en lo que a la enseñanza se refiere.

Si el caudal de conocimientos adquiridos por el niño no está de acuerdo con su edad mental, han de investigarse las causas del atraso.

La asesora será una educadora con gran práctica munida de los conocimientos suficientes en cuanto a los problemas que plantean los niños rebeldes, lerdos, indisciplinados, etc., se refiere.

Ha de colaborar con la Trabajadora Psicopedagógica para hacerle llegar todas las indicaciones y consejos que cada caso sugiera.

La Trabajadora Psicopedagógica ha de tomar nota de los antecedentes de escolaridad del niño, resumiéndolos en un cuadrito.

Si el niño faltare a clase, averiguar las causas (enfermedad, desidia de los padres, etc.). Si concurre regularmente a clase y no sigue el ritmo del progreso en los conocimientos adquiridos por sus compañeros, averiguar las causas de este retardo.

### «*Tests*» *Pedagógicos*

Tienen por objeto determinar la edad de escolaridad.

Los principales «tests» pedagógicos a utilizar son:

1.° — «Test» de Lectura de Binet.

2.° — «Test» de Cálculo de Binet.

3.° — «Test» de Ortografía de Galli.

### 5.° — *Sección Asistencial*

Su objeto será doble:

1.° — De acción investigadora.

2.° — De acción terapéutica cuando sea necesaria la «ficha social» que ha de completarla luego con los datos que se le suministrarán y con sus observaciones personales.

En cada ficha deberá consignarse:

Nombre de la madre, edad, nacionalidad, estado civil, religión, alfabetismo. Los mismos datos para el padre y cada uno de los hijos.

Relaciones afectivas con los familiares y otras personas que convivan con la familia.

Vivienda (propia o alquilada, individual o colectiva; número de piezas, camas, dimensiones, ventilación).

Alimentación (número de comidas diarias, alimentos preferidos o predominantes, cantidad y condición de los mismos).

Vestidos (cantidad y condiciones de higiene y conservación).

Situación económica (quiénes trabajan, dónde, cuánto percibe cada uno; desviación del trabajo; antigüedad del mismo, número de ausencias y causas).

Ingresos y egresos (total del ingreso y del egreso mensual; monto de las deudas; «standard» de vida).

Asistencia (si ha recibido ayuda social; de qué institución y en qué ha consistido la ayuda).

Diagnóstico social.
Pronóstico.
Socialterapia.
Servicios realizados.

A fin de llenar esta ficha, es indispensable conversar con el interesado, con los familiares, con quienes vivan o trabajan con él.

*Ubicación y edificio*

Las clínicas de conducta han de funcionar independientemente, con aspecto de consultorios externos, amplios patios para recreo de los niños y habitaciones que puedan utilizarse como laboratorio psicológico.

Las habitaciones poseerán ventanillas estratégicamente colocadas, a fin de que el psicólogo pueda observar discretamente al niño que se cree solo y libre de vigilancia ostensible.

## SERVICIO SOCIAL PSIQUIATRICO

### BASES Y CARACTERES

El fin y objeto de la asistencia social es el de lograr el ajuste o reajuste del individuo al medio social que le corresponde desde los múltiples puntos de vista que puede ser considerado: edad y sexo, condiciones físicas o psíquicas, situación económica, profesión, aptitudes, vocación y aspiraciones.

En el campo de la psiquiatría e higiene mental, el servicio social tiene por objeto: favorecer, preservar, conservar o recuperar el ajuste del individuo al medio al cual pertenece y al que debe procurarse su retorno.

La adaptación es una resultante de fuerzas: unas del medio, otras del individuo. La combinación de estos factores intrínsecos y extrínsecos produce situaciones complejas y muy dispares; obtener la convergencia y armonía de dichos factores es imprescindible para que el resultado sea favorable.

El servicio social en el presente siglo va marchando a pasos de gigante por la colaboración que presta para el estudio y asesoramiento, imprescindibles para conseguir la modificación del ambiente social, donde están o pueden hallarse la mayoría de los factores realizadores o «causas desencadenantes» de las alteraciones mentales.

Por otra parte, la psiquiatría ha debido ensanchar sus fronteras pasando de lo puramente individual a lo colectivo o sea considerar también la psiquiatría social, razón por la cual, el servicio social que es su auxiliar debe trabajar en dos campos netamente definidos y relacionados entre sí.

La sociología por medio de sus estudios que ha concretado a veces de manera muy evidente y categórica en estadísticas, demuestra la enorme multiplicidad y complejidad de las formas de vida en el mundo contemporáneo que cambia vertiginosamente y que experimenta conflictos culturales y conmocionales de toda índole, lo que exige al individuo una capacidad adaptativa superior a la que comunmente puede disponer.

La psiquiatría moderna acepta esta realidad y crea el conflicto de «alteraciones psíquicas reaccionales», abriendo así, francamente, las puertas al servicio social como agente de profilaxis y de educación.

El servicio social psiquiátrico es un servicio social y complementario destinado a asesorar respecto de las condiciones de vida y costumbres, como así también acerca del diagnóstico y tratamiento sociales convenientes a los sujetos o grupos sociales de salud mental amenazada.

Este servicio social psiquiátrico, además de responder a los postulados comunes a todo servicio social, se particulariza por lo que le es propio y exclusivo: a) Campos de acción. b) La preparación especializada en los problemas de la salud y de la enfermedad mentales. c) Cuerpo de asistentes sociales de probadas condiciones físicas y mentales, además de su vocación y técnica.

La organización de este servicio social psiquiátrico debe responder a la estructura de los servicios neuropsiquiátricos a los que va a auxiliar, complementar y asesorar. En consecuencia, es imprescindible que los conozca previamente y se familiarice con ellos a fin de coordinar su acción.

Los servicios neuropsiquiátricos se subdividen en prenosocomiales, nosocomiales y postnosocomiales; de acuerdo con esto también el servicio social debe conformar su acción a la dinámica del tratamiento médico.

La acción prenosocomial que se desarrolla en servicios abiertos reclama una coacción del servicio social muy distinta de la que va a exigir el tratamiento del enfermo internado, y la colaboración en este caso es, a su vez, muy diferente de la que reclamará la etapa posnosocomial.

Respecto del primer punto, la asistencia social en el período prenosocomial consiste en: a) Asesorar al médico respecto de las causas sociales que inciden en el problema médico (composición

de la familia, habitación, higiene, hábitos, «constelación familiar», moral, factor económico) y toda otra circunstancia o dato complementario que ilustre al médico en su función de tal. b) Auxiliar del médico para ser su intermediario ante la familia y contorno inmediato y vigilar el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas. Es el apoyo y consejero social respecto de la actitud que deben tener con el enfermo y del clima familiar que es necesario crear.

En cuanto al segundo punto o etapa nosocomial, sea en hospitales para agudos, subagudos o crónicos, el servicio social realiza su acción en dos direcciones: la que efectúa en el propio nosocomio con el enfermo y la que despliega fuera del hospital con la familia y el medio social a que pertenece aquél. La acción de asistencia social dentro del hospital consiste en la cooperación para la organización de actividades destinadas a mantener, facilitar y fomentar las manifestaciones del instinto gregario (recreaciones, deportes, trabajo, arte etc., etc.), es decir, combatir el aislamiento que en algunas formas es el gran enemigo del psiquismo.

Corresponde a la acción desplegada fuera del hospital, la colaboración que el servicio social presta a la familia para recuperar el equilibrio perdido, manteniendo al mismo tiempo los lazos de unión recíprocos entre enfermo y familia.

Respecto del último punto o etapa posnosocomial, para los casos en que es posible realizarla, la acción del servicio social es preponderante, sea que se trate de asistencia en el seno de la familia propia «homofamiliar» o con el sistema «heterofamiliar» (familia extraña).

Teniendo en cuenta el valor social de este sistema de recuperación en el ambiente de la familia homo o heterofamiliar, como también de los patronatos de ex internados, el servicio social debe fomentarlos e intervenir en su organización, dirección y fiscalización, para lograr una correcta realización en pro de la obra de asistencia que tiene derecho a recibir el convaleciente.

Aquí se destaca un punto que merece especial atención por la acción educativa, preventiva, y profiláctica que se le puede encomendar al servicio social a fin de prevenir recidivas. Esto se aprecia claramente en las toxicomanías y enfermedades que se presentan por accesos.

Resumiendo, podemos aclarar, no sólo la acción, sino también la trayectoria que cumple el servicio social diciendo que: su acción se inicia en el período prenosocomial desde el exterior (consultorio de orientación) hacia el centro o nosocomio para acompañar o auxiliar la terapéutica indicada paso a paso en el proceso de recuperación, escalonado hasta llegar a la escuela taller, cha-

era, granja, colocación familiar, patronatos, etc., etc. (consultorio de ex internados).

Es indudable que el mejoramiento de la cultura sanitaria de un país incide en el descubrimiento precoz de las afecciones. Por ello es que la propaganda sobre higiene mental se deberá reorganizar y fomentar estudiando los problemas de pedagogía social que atañen a la higiene mental. Imprimirá volantes, cartillas, revistas, folletos «afiches»; se pronunciarán conferencias, se publicarán artículos de prensa, se utilizará el cinematógrafo, la radiodifusión y cualquier otro elemento de propaganda que las circunstancias aconsejen. Además es aconsejable la creación de una sección de estadística y censo en la que se irán sedimentando los estudios teóricos que servirán de base para una sana y ponderada divulgación.

### 1) *Educación sanitaria*

Una de las principales causas que dificultan o retardan la asistencia de los enfermos mentales es la serie de prejuicios y escrúpulos de que adolecen los familiares y allegados al enfermo, que se resisten a aceptar el diagnóstico de alienación como si se tratara de un mal vergonzante.

Un concepto medieval atribuye el origen de la locura a la posesión demoníaca, y aunque ese concepto ha ido transformándose y la generalidad de las personas conocen hoy perfectamente las posibles causas de las perturbaciones mentales, inconscientemente. la idea de las fuerzas sobrenaturales sigue trabajando los espíritus de los hombres actuales.

El «loco» vive ante la gente en un clima de misterio que no tiene razón de ser, y que revela la supervivencia de antiguos prejuicios. Esa influencia dañina lleva a los familiares de muchos enfermos a la consulta con curanderos y espiritistas cuyos procedimientos sólo consiguen provocar en el alienado mental verdaderas crisis delirantes. La idea de que un espíritu extraño se ha introducido en su cuerpo, o de que exteriormente se ejerce algún «daño» sobre su persona, es comúnmente sugerida al enfermo por los curanderos o por la ignorancia y superstición de sus allegados.

En ese sentido, la educación sanitaria debe llenar un amplio cometido. La higiene mental y la asistencia de los alienados podrá hacerse con mucha más eficacia cuando a todos los habitantes del país haya llegado la convicción de que las enfermedades mentales son, en todos sus aspectos, iguales a las otras enfermedades.

Un alienado no debe provocar miedo, ni curiosidad, ni risa. Como cualquier otro enfermo debe inspirar solamente respeto.

La educación popular, en lo que se refiere a higiene mental, debe llegar, principalmente, al campo de los fronterizos, de los

predispuestos, de los alienados en potencia, que esperan ser golpeados por las causas ocasionales o desencadenarse para dar el paso definitivo hacia la locura.

Existe en nuestro país, ya lo dijimos, gran número de enfermos mentales y niños anormales, de los cuales sólo una mínima parte recibe atención adecuada. Entre los ignorantes europeos que buscarán refugio en esta tierra habrá miles de personas atacadas de alteraciones psíquicas, más o menos intensas, ocasionadas por el hambre, los sufrimientos y otras calamidades de la guerra.

Nuestra organización de Educación Sanitaria debe estar preparada para desarrollar un programa vasto de realización progresiva. Hay que ilustrar a la población sobre las causas capaces de llevar a la locura; sobre la intervención de los factores hereditarios y el modo de neutralizarlos o atenuarlos; enseñarles que las taras, las intoxicaciones o infecciones de los progenitores se prolongan en la descendencia, afectando el sistema nervioso de los hijos .

Debe dirigirse a las madres, niñeras y maestros, explicándoles cómo su actitud y actuación frente a los niños en los primeros estudios de la infancia puede disminuir considerablemente la frecuencia de la psiconeurosis. Inculcarles los conceptos sobre la receptividad y capacidad elaborativa del cerebro infantil, desde la más tierna edad, y destacar que las torpes influencias ambientales, los traumas psíquicos no actúan pasajeramente, sino que pueden arraigar en lo más profundo del espíritu, para dar más tarde frutos de angustia y desesperación.

La Educación Sanitaria d Higiene Mental debe combatir el alcoholismo, especialmente el alcoholismo infantil y juvenil enormemente difundido por obra de las propagandas abusivas.

Debe ilustrar a la población acerca de los peligros de la sífilis, la tuberculosis y las enfermedades infecciosas con repercusión o complicaciones encefálicas, indicando la profilaxis y los tratamientos adecuados.

Pero ante todo, y volviendo al punto inicial de los prejuicios y los escrúpulos, es imprescindible ilustrar a la opinión pública a fin de que los familiares y allegados del enfermo mental no conspiren, por ignorancia, contra la obra del médico, ya sea desviándolo del camino científico de su curación o entrando con él en discusiones estériles e irritantes sobre las cuestiones más fútiles, que no conducen más que a la depresión moral del enfermo con el consiguiente resultado perjudicial para su salud.

Cuando esos conocimientos sean difundidos, muchos neurópatas podrán tratarse y sanar en su propio hogar, sin recurrir a la internación. Pero es necesario para ello convertir a sus allegados, mediante una eficaz ilustración, en colaboradores de la obra científica y moral del psicopatólogo.

Finalmente, la propaganda deberá tender a destruir un prejuicio singularmente arraigado en nuestro pueblo: el de que las enfermedades mentales son incurables. Dicho prejuicio ha tenido su raíz en los tenebrosos manicomios, simples cárceles de locos, qué nada tienen de hospitales y cuya transformación será encarada de inmediato.

Según estadísticas efectuadas en Italia, en los primeros años de la guerra última, el 70 % de los alienados de aquel país abandonaba los hospicios totalmente restablecido. Por su parte, un psiquiatra norteamericano sostiene que existe un 50 % de mejorías y curaciones en los enfermos mentales que se asisten en los hospicios, y debemos tener en cuenta que es allí donde se atienden los casos graves, pues los benignos son atendidos en sus domicilios y consultorios de los especialistas.

En resumen, la Educación Sanitaria de Higiene Mental debe luchar tesoneramente contra la ignorancia, la falsa vergüenza, los prejuicios, la incomprensión de los familiares de los enfermos, el curanderismo, el concepto de incurabilidad de la demencia el alcoholismo, la sífilis, la tuberculosis, la miseria, el exceso de trabajo y la falta de descanso, la mala alimentación y muchos otros factores que pueden actuar sobre el individuo en diversos períodos de su vida.

## ORGANIZACION DEL SERVICIO SOCIAL PSIQUIATRICO

Para organizar un servicio social psiquiátrico se deben tener en cuenta los puntos siguientes:

1. Estructura del sistema de asistencia psiquiátrica del que va a ser su auxiliar.
2. Proceso del tratamiento de los enfermos neuropsiquiátricos (tratamiento social de casos individuales).
3. Forma en que se va a realizar la profilaxis y la educación para la salud mental.
4. Conocimiento de los problemas de psiquiatría social (servicio social de grupo).

Contemplando estos aspectos se propone el siguiente plan:

Dependiente de la Secretaría General de Asistencia de Alienados e Higiene Mental, créase un Servicio Social Psiquiátrico Nacional Central con sede en la Capital Federal. Servicio que extenderá su acción en todo el país por medio de 34 filiales anexas a los hospitales de zona. Este Servicio Social tendrá funciones de Dirección General a los efectos de conseguir la mejor técnica, una realización científica y la extensión racional que corresponde al problema.

Para cumplir con tales fines dispondrá de personal técnico altamente capacitado y especializado teórica y prácticamente en el problema para lo cual se crea la Escueda de Servicio Social Psiquiátrico, que funcionará dependiente de la ya dicha Secretaría de Asistencia de Alienados e Higiene Mental, y bajo la dirección de un director (1).

La organización, administración y prestación de servicios sociales se encomienda a un Jefe de Servicio Social (2).

La Sección de Organización y Adiministración de Servicios Sociales (3), tendrá a su cargo una tarea de vital importancia como es la de los estudios sociográficos, investigaciones, censo, fichero, estadística y archivo; cimientos sobre los que se construye la totalidad del servicio.

Asimismo será de su competencia la educación sanitaria por medio de publicaciones, divulgaciones radiotelefónicas, periodismo, cinematografía, conferencias en centros educativos, deportivos, culturales, industriales, etc., etc., adaptadas a las necesidades y características regionales.

Será encargada también de las relaciones con los particulares e instituciones nacionales y extranjeras, oficiales y privadas que puedan coadyuvar en la realización de la obra social.

Tendrá una sección cuya misión exclusiva será la de informar y dar curso a los pedidos provenientes de «clínicas de orientación», hospitales y médicos, jueces y abogados, establecimientos educacionales, policía, industria, familia, etc. etc.

La Dirección de Servicio Social Psiquiátrico tendrá también la parte técnica (4), la que actuará prestando servicios en los establecimientos para enfermos agudos y subagudos, clínicas de orientación y hospitales para crónicos.

Para los servicios abiertos contará con un Consultorio Social cuya labor se subdividirá así: por un lado, el estudio y diagnóstico social, por el otro, el tratamiento social.

En los servicios cerrados, como ya se ha dicho en párrafos anteriores, se realizará la labor de sociabilización pertinente, evitando el aislamiento.

El personal de asistentes sociales que actuara en este servicio, estará formado por equipos con sede permanente, y por equipos cuyo trabajo se realizará exclusivamente en el campo social.

Para evitar la monotonía, rutina y burocratización tan perjudiciales en esta clase de trabajos, así como también para evitar la fatiga del asistente social, es aconsejable la rotación periódica de los trabajadores sociales de un sector a otro.

### ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL PSIQUIATRICO

Funcionará dependiendo de la Secretaría de Asistencia a los Alienados e Higiene Mental y bajo la dirección de un director.

1.° Será un instituto que prepare trabajadores sociales capatados para actuar:

*a)* Como asistentes sociales especializados en Psicología Patológica e Higiene Mental.

*b)* Dará una formación profesional que comprenda la teoría y la práctica, es decir, la técnica del servicio social aplicacada al campo de la psiquiatría.

*c)* Capacitará, asimismo, a los que tengan vocación para continuar estudios que les permitan realizar investigaciones sociográficas aplicadas a la higiene mental colectiva .

*d)* Formará técnicos organizadores y administradores de esta clase de servicio social.

*e)* Tendrá cursos de pos graduados, de extensión y acelerados o de emergencia para formar los primeros equipos de asistentes sociales especializados.

2.° La Escuela organizará sus cursos de trabajos prácticos de acuerdo a las dependencias del Servicio Social Psiquiátrico.

3.° Los cursos tendrán una duración de 3 años lectivos y de acuerdo a un programa y horarios prefijados. Para la distribución del tiempo dedicado a la enseñanza se tendrá en cuenta la recomendación del primer Congreso Panamericano del Servicio Social realizado en Santiago de Chile en setiembre del año 1945. Dicha recomendación establece un tercio para la práctica de servicio social en los dos primeros años, y parte del tercer año, dos tercios. La práctica en este último se realizará en oficinas de servicio social.

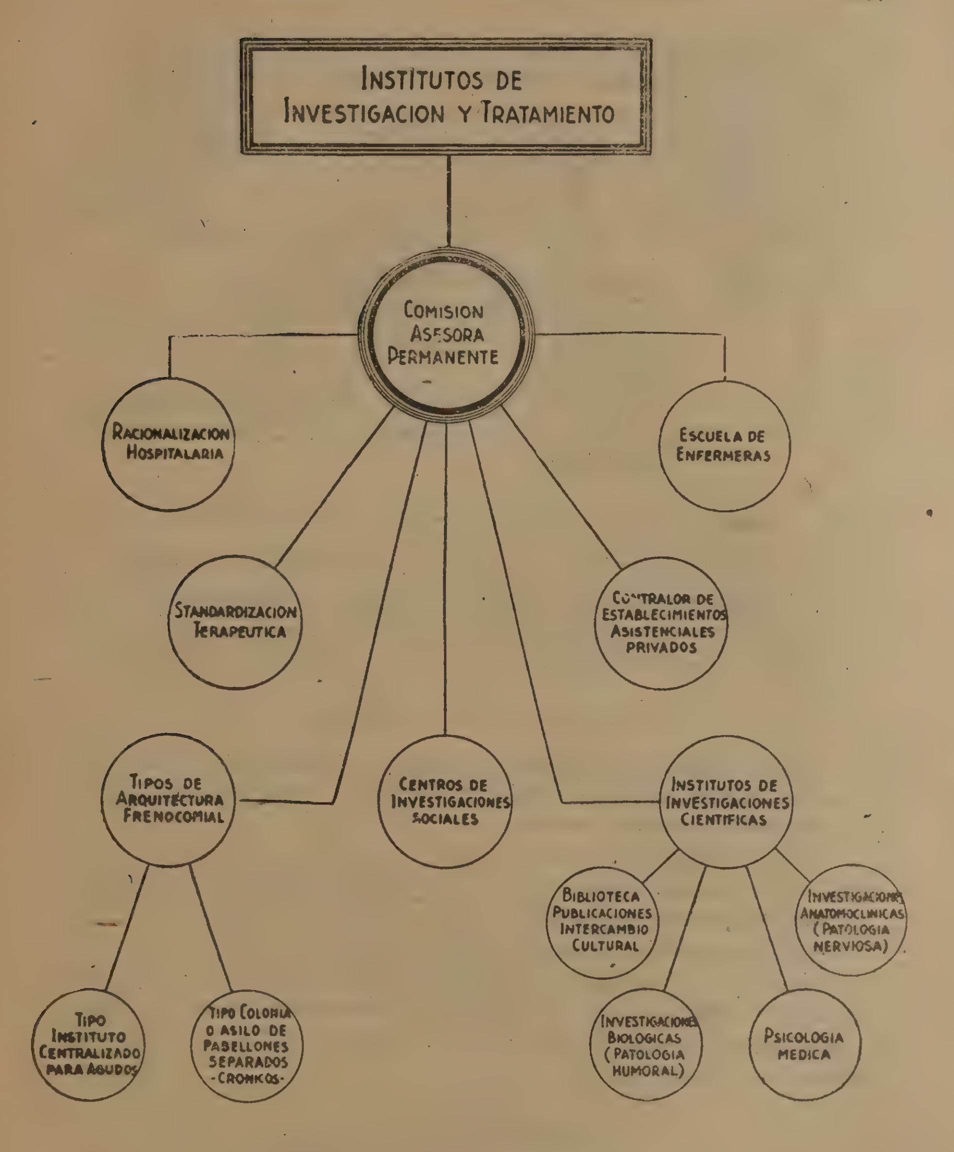
4.° Las condiciones de admisión serán: haber aprobado el ciclo básico, tener no menos de 18 años ni más de 35, someterse al examen médico que valorará sus condiciones físicas y psíquicas y que tendrá muy en cuenta su personalidad.

Además, el aspirante se someterá a un período de prueba para valorar su vocación y aptitudes.

5.° Se permitirá la inscripción de ambos sexos.

### PIAN DE ESTUDIOS

1. Sociología y Estadística Aplicada.
2. Psicología y Elementos de Semiología Psiquiátrica.
3. Higiene y Medicina Social.


Institutos de Investigacion y Tratamiento
Comision Asesora Permanente
Racionalizacion Hospitalaria
Escuela de Enfermeras
Standardizacion Terapeutica
Contralor de Establecimientos Asistenciales Privados
Tipos de Arquitectura Frenocomial
Centros de Investigaciones Sociales
Institutos de Investigaciones Cientificas
Biblioteca Publicaciones Intercambio Cultural
Investigaciones Anatomoclinicas (Patologia nerviosa)
Tipo Instituto Centralizado para Agudos
Tipo Colonia o Asilo de Pabellones Separados -Cronicos-
Investigaciones Biologicas (Patologia humoral)
Psicologia Medica

4. Psiquiatría y Pedagogía Social-Delincuencia.
5. Higiene Mental y Medicina Social.
6. Elementos del Derecho y Legislación del Trabajo.
7. Asistencia y Servicio Social. Concepto, Historia y Aplicación.

Con respecto a los trabajos prácticos conviene atenerse al plan recomendado por el ya citado Congreso de Servicio Social:

1er. año — Caso social individual familiar.

2.° » — Caso social individual en diversas instituciones. Servicio social de grupo y organización de servicios sociales.

3er. » — Práctica prolongada en algunos servicios especializados y muy especialmente en los sociales psiquiátricos.

REQUISITOS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL

1.° Haber aprobado los 3 años reglamentarios de estudio.

2.° Haber aprobado la tesis obligatoria y el examen oral.

Reunidos los requisitos enumerados se otorgará el título de «Asistente Social Psiquiátrico», título que tendrá validez oficial.

CURSO ACELERADO DE EMERGENCIA

Para preparar el primer equipo de trabajadores sociales psiquiátricos se realizará un curso acelerado de emergencia que duraría de ocho a nueve meses.

Para concurrir a estos cursos se abrirá una inscripción para todos los asistentes, visitadores o trabajadores sociales ya egresados de las diferentes escuelas de servicio social que existen en el país.

La instrucción comprendería una serie de clases teóricas desarrollando un programa de Psicopatología y Elementos de Semiología Psiquiátrica —de Psiquiatría y Pedagogía Social y de Servicio Social— Además, una serie de trabajos prácticos en servicios sociales psiquiátricos.

## SISTEMA ASISTENCIAL
## ASISTENCIA PSIQUIATRICA

Para cada unidad hospitalaria las estadísticas establecen una proporción aproximada de 65 % de alienados propiamente dichos, 15 % de enfermos neurológicos, 15 % de enfermos crónicos varios, 4 % de endócrinos y 1 % de enfermos neuroquirúrgicos.

Con un criterio distinto, la población neuropsiquiátrica de cada unidad ha de ser clasificada en dos grupos; un primero que reúne

el 25 % de dicha población, el de los enfermos agudos, o mejor, en condiciones de ser sometidos a tratamientos activos; y un segundo grupo (75 % del total), el de los enfermos crónicos, prácticamente incurables, sean o no capaces de realizar trabajos terapeúticos.

A cada uno de estos dos últimos grupos corresponde un tipo freconomial caracterizado por modalidades diferentes de estructura y organización.

## HOSPITAL NEUROPSIQUIATRICO PARA ENFERMOS AGUDOS

El hospital psiquiátrico para enfermos agudos será: mixto, urbano, centralizado y de actuación temporaria.

1.° **Mixto**, vale decir, que ha de recibir enfermos de ambos sexos.

2°. **Urbano.** Los hospitales neuropsiquiátricos para enfermos agudos estarán ubicados preferentemente en las ciudades más importantes de cada región del país. Esta ubicación asegura la conexión con los otros medios asistenciales (por ejemplo: con los bancos de sangre, servicios de cirugía, etc., cuando ellos no existen dentro de la unidad) y con los medios científicos y académicos radicados en las ciudades.

El régimen de aislamiento o de clinoterapia, que afecta de ordinario a los enfermos agudos, atenúa los inconvemientes aparejados al régimen más liberal de los asilos de crónicos en el interior de la ciudad. El difícil acceso de los familiares al establecimiento es un factor tampoco despreciable del punto de vista humano, durante la fase más dramática de la enfermedad mental.

3.° **Centralizado.** El tratamiento moderno de las enfermedades mentales en su fase aguda requiere y exige con frecuencia la puesta en funcionamiento y la convergencia en forma rápida y eficaz de todo un complejo y diferenciado aparato asistencial. Piénsese, por ejemplo, en los casos de delirio agudo con síndrome de deshidratación grave. Esta finalidad no puede ser llenada por los establecimientos divididos en pequeños pabellones tipo chalet, que tiene por otra parte la desventaja de un mayor requerimiento de personal, desventaja nada despreciable si se considera la extensión del plan a realizar. La concepción constructiva ideal estaría dada por una transacción entre el modelo monoblock vertical, costoso y antinatural pero adaptada a la falta de espacio en ciertas urbes del extranjero y, por otra parte, el Hospital Jardín, más natural y sedante, pero insuficiente técnicamente. El Plan Quinquenal contempla la contrucción en los centros más poblados, de hospitales mixtos centralizados de gran capacidad (hasta 400 camas) pero de tipo no vertical, sino horizontal, con máximo de dos pisos sobre la

planta baja y con distribución de las salas en forma de los dientes de un peine con respecto al corredor.

4.° **Actuación temporaria.** — Los enfermos mentales agudos tendrán una permanencia en el hospital no mayor de 6 meses. Transcurrido ese tiempo, los enfermos que no hubieren mejorado lo suficiente para poder reintegrarse al medio ambiente del que han procededido o los episódicos que no hubieren experimentado una remisión satisfactoria equivalente a una curación, aunque sólo fuese temporaria, y los agudos toxinfecciosos que no curen definitivamente, serán trasladados al Hospital Neuropsipuiátrico para Crónicos, tipo Colonia o Asilo, ubicados fuera de la ciudad, anexo al correspondiente hospital para agudos.

Fuera de estas cualidades, el Hospital Psiquiátrico deberá reunir las condiciones comunes que aseguran el rendimiento normal a los hospitales de cualquier tipo, como ser, su maleabilidad con vistas a futuras ampliaciones o cambios, la economía en la iluminación, ventilación y limpieza.

La red hospitalaria contará en todo el país con 34 hospitales para alienados agudos. La capacidad máxima corresponderá a 400 camas por unidad en La Plata, Bahía Blanca, Junín y Tres Arroyos, todos ubicados en la provincia de Buenos Aires. Cada uno de los dos hospitales para agudos de la provincia de Santa Fe (Rosario y Santa Fe) tendrá 375 camas. De los cuatro de la Capital Federal, tres (zonas de Barracas, Belgrano y Liniers) tendrán capacidad para 300 camas y el cuarto (de Nueva Pompeya) solamente para 100. Habrá tres hospitales en Córdoba de 250 camas (Córdoba, Río Cuarto y Villa María) y dos en Entre Ríos (Paraná y Concordia) de 200 camas. En Santiago del Estero (Santiago del Estero y Añatuya), en Mendoza (Mendoza y San Rafael) y en Corrientes (Corrientes y Mercedes), cada uno de los dos hospitales para agudos por provincia tendrá una capacidad de 150 camas. El tipo más frecuente por la cantidad de camas para agudos es el de 125 por hospital y ha de ser construído en Resistencia, Formosa, Santa Rosa de Toay, Comodoro Rivadavia, San Luis, Salta, Posadas, San Juan, Tucumán y Tafí Viejo. Toda esta planificación resulta de la aplicación de las proporciones establecidas por la demología sanitaria, en relación con el número y la densidad de las poblaciones.

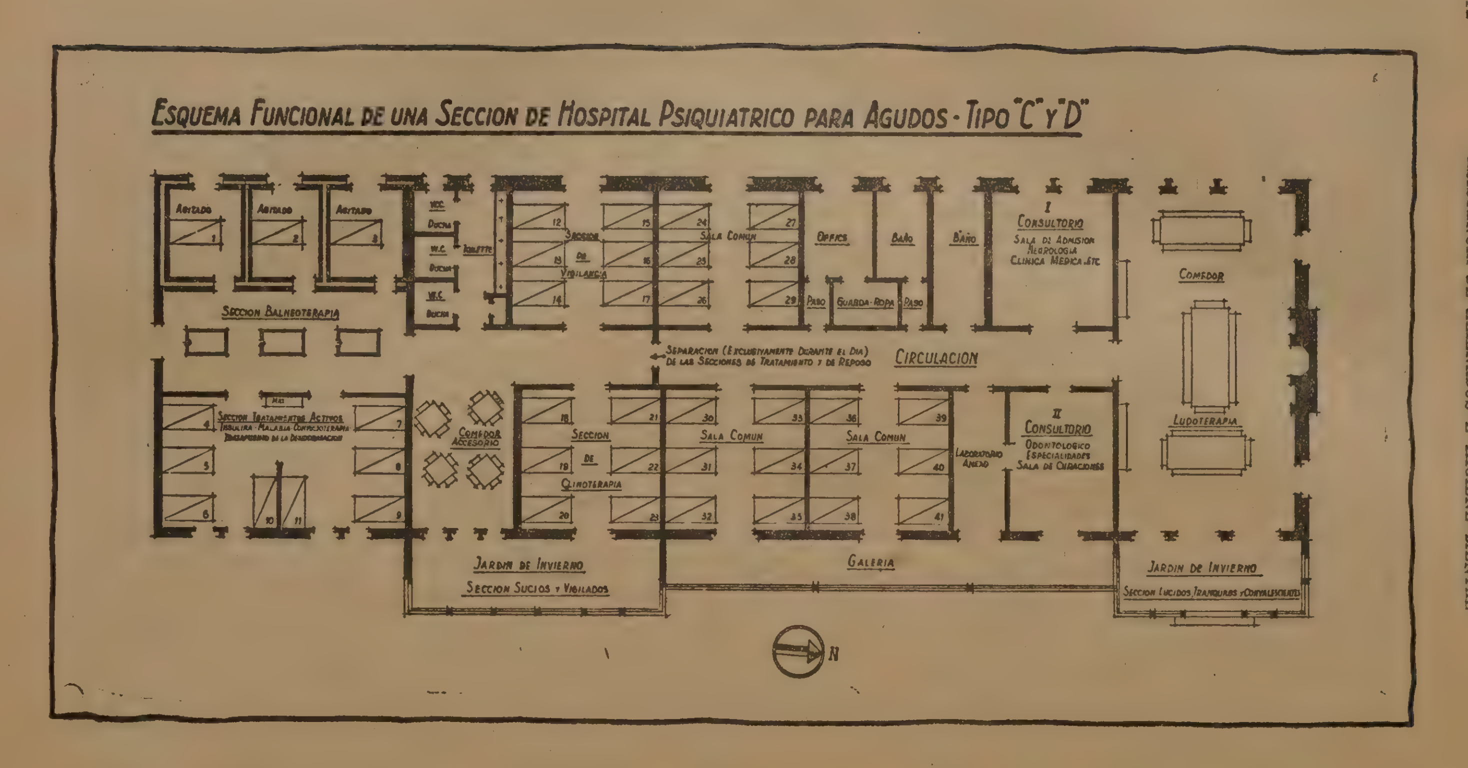
## Estructura Hospitalaria

Entre los hospitales Neuropsiquiátricos para enfermos agudos se distinguirán por su capacidad tipos mayores, con un número de camas disponibles de entre 200 y 400, y tipos menores con capacidad para entre 75 y 150 camas.

Como ilustración y paradigma de la estructura y organización de uno de estos establecimientos mayores para enfermos agudos, presentaremos el siguiente esquema funcional. Un hospital neuropsiquiátrico con capacidad para 400 camas dispondrá de un edificio que puede corresponder por su arquitectura a la categoría de construcciones hospitalarias de estilo horizontal, con una distancia aproximada de 100 metros entre sus dos extremos, un cuerpo central y dos alas laterales que midan más o menos el 40 por ciento de la longitud total del edificio. El ancho del cuerpo principal no será mayor del 12 al 15 por ciento del largo ya mencionado. La disposición de las salas, la que corresponde a este tipo de arquitectura hospitalaria horizontal, es decir, en forma de dientes de peine, uniéndose las salas al corredor a todo lo largo del cuerpo por sus extremos, según el modelo llamado Tenon (9 y 10 de las figuras adjuntas) y a lo largo de las alas laterales, por el contrario, según el modelo llamado Lariboisiére (11, 12 y 13 de las figuras adjuntas), es decir, desembocando a ambos lados del corredor.

En el tipo que describimos —que denominaremos tipo A — el hospital poseerá la capacidad máxima —400 camas—, contando de planta baja y 2 pisos. En la planta baja deben encontrarse casi todos los diferentes servicios y consultorios del hospital, ya sean propios de cada sección (hombres o mujeres) o comunes a todo establecimiento. También pueden instalarse en la planta baja la sección de convalecencia y clínica de reposo y la sección para enfermos graves y desahuciados. En los dos pisos superiores, en cambio, ha de acumularse el grueso de las camas y algunos servicios especiales (convulsoterapia, insulinoterapia, etc.). El cuerpo total del edificio ha de dividirse en dos sectores o mitades laterales para las poblaciones masculina y femenina, respectivamente. La adecuada disposición de ambos sectores impedirá todo contacto entre ambas poblaciones, ya que la parte central del edificio estará ocupada por los consultorios, las escaleras, los ascensores; el corredor cerrado por la pared medianera, y en los dos pisos superiores los cuerpos salientes centrales del edificio, separados entre sí, tendrán perspectivas divergentes hasta el N.O. y el N.E.); sus paredes más próximas, correspondientes a los locales y dependencias anexos a los comedores y salas de esta (offices y pequeños lavaderos), tendrán banderolas altas en vez de ventanales y serán de ordinario ocupados por personal de servicio y no por enfermos.

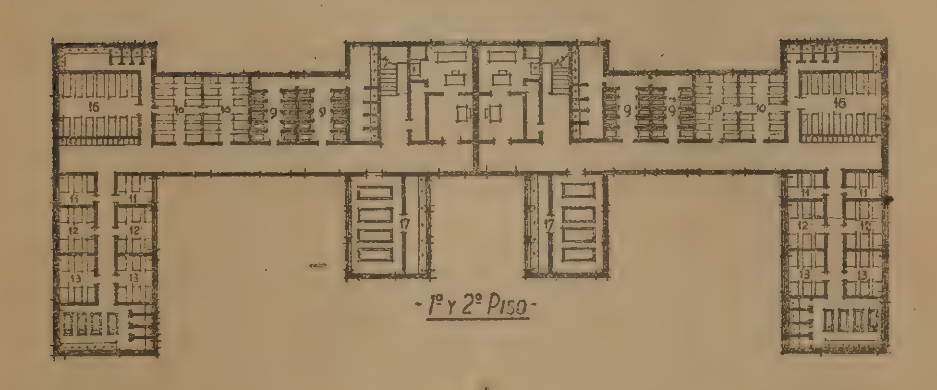
Como pauta para la distribución de las camas, puede servir el esquema que sigue: Cada piso superior y a cada lado: 1.° el ala con 44 camas — 4 salas de 6 camas para vigilancia (12), agitados y sucios (13), 2 salitas de 3 camas cada una para casos de inter-


Esquema Funcional de una Seccion de Hospital Psiquiatrico para Agudos - Tipo "C" y "D"
Agitado
Seccion Balneoterapia
W.C.
Ducha
Toilette
Seccion de Vigilancia
Sala Comun
Offics
Baño
Paso
Guarda-Ropa
I Consultorio
Sala de Admision
Neurologia
Clinica Medica, etc.
Comedor
Separacion (Exclusivamente durante el Dia) de las Secciones de Tratamiento y de Reposo
Circulacion
Seccion Tratamientos Activos
Comedor Accesorio
Seccion de Climoterapia
Laboratorio Anexo
II Consultorio
Odontologico
Especialidades
Sala de Curaciones
Ludoterapia
Jardin de Invierno
Seccion Sucios y Vigilados
Galeria
Seccion Lucidos, Tranquilos y Convalescientes
N

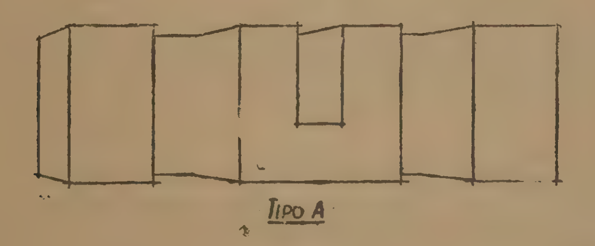
ESQUEMA FUNCIONAL DE UN HOSPITAL PSIQUIATRICO PARA ENFERMOS AGUDOS



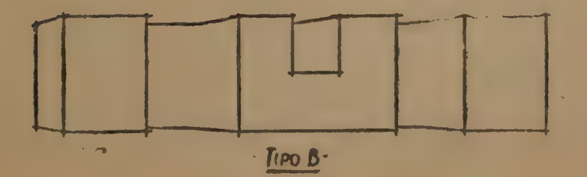

PLANTA BAJA




- 1º Y 2º PISO -



TIPO A



- TIPO B -

currencias no contagiosas (11) y, por último, una sala de 14 camas para clinoterapia (16).

2.° El cuerpo, con 44 camas —2 salas de 12 camas cada una para insulina, malarioterapia y otros tratamientos activos; 2 salas de 10 camas cada una, que pueden estar tabicadas con pequeños septos de mampostería para convulsoterapia (cardiazol) y shock eléctrico).

Cada piso alto dispondrá de 176 camas (2 por 88) y los dos juntos de 352. Las 48 camas que faltan para completar 400, se distribuirán en ambas alas de la planta baja, en la sección de convalecencia y clínica de reposo. Han de agregarse además 6 salitas individuales para casos de gravedad y agonía.

El que denominaremos tipo B de hospital neuropsiquiátrico para enfermos agudos estará distribuído en forma idéntica, pero constará solamente de planta baja y primer piso (véase figura adjunta). Su capacidad será de 200 a 300 camas (la capacidad de la planta baja es ampliable habilitando las dos salas para 12 camas cada una en los extremos del cuerpo central).

Hospitales Neuropsiquiátricos mayores de tipo A, serán los 4 de la provincia de Buenos Aires, y los dos de Santa Fe. Al tipo B, pertenecerán 3 de la Capital Federal, 3 de Córdoba y 2 de Entre Ríos.

Como modelo de Hospital Neuropsiquiátrico para enfermos agudos de menor capacidad, reuniendo las mismas condiciones generales de los ya citados, vale decir, carácter mixto, centralización, comodidad, condiciones higiénicas apropiadas, fácil vigilancia de los enfermos, economía del personal, posibilidad de ampliacón, etc., pueden presentarse a los que llamaremos tipo C, para 150 camas con edificación de altos y tipo D, de planta baja, para 75 camas solamente. En ambos casos, cada cuerpo de edificio contendrá exclusivamente enfermos de un solo sexo. Reuniendo por pares dichos cuerpos de edificios se constituirán las unidades para agudos.

Estarán orientados preferentemente en un meridiano angular (de S.O. a N.E. o de S.E. a N. O.) en forma tal que cada una de las dos hileras laterales de salitas con aberturas todas hacia el exterior reciban iluminación solar directa a la mañana o a la tarde. Un corredor central dará acceso a las salas terminando por el extremo principal en un corredor y sala de estar, por el otro extremo de la sección de vigilancia y de agitados. Dispondrá de 3 ó 4 salitas de 4 ó 6 camas para enfermos lúcidos, tranquilos o limpios, anexas al comedor y sala de ludoterapia; de 2 salitas de 4 ó 6 camas cada una con características apropiadas para la asistencia de dementes inquietos, epilépticos o enfermos con gatismo. En el

extremo del edificio, el corredor central terminará luego de atravesar por un segundo comedor para enfermos especiales y por el toilette general comunicándose mediante una puerta de doble batiene con la dependencia destinada a balneoterapia, provista de 4 bañaderas en hileras. A cada la do de esta dependencia se ubicarán del lado sud cuatro ambientes individuales para el tratamiento de la agitación, y del lado norte un ambiente común para 10 camas, tabicado incompletamente como demuestra la figura adjunta. Habrá cuartos de baño comunes e individuales con las características que más adelante se describirán. El comedor principal y el accesorio dispondrán como anexos galerías cerradas o jardín de invierno para los enfermos agudos levantados. La distribución de las camas dispuesta sobre esta base, puede ser igual en ambos pisos, con la diferencia de los consultorios a ubicarse en la planta baja o, en caso contrario, puede destinarse el piso superior de mayor capacidad para pacientes lúcidos y tranquilos y el piso inferior para tratamientos activos, dependencias técnicas y comedor.

La orientación de los edificios hospitalarios en cualquiera de sus tipos ha de ser tal que el aire y la luz se aprovechen por igual en los principales locales que los componen. Se tendrá en cuenta ante todo la incidencia de los rayos solares. El frente del edificio debe mirar en general hacia al norte: la luz y el calor más intensos que resulta de la exposición a este punto cardinal será mitigado por la interposición del corredor provisto de ventanales de tipo ventilador. La exposición al sur del otro extremo de las salas (solamente las del cuerpo principal en los tipos A y B) procurará las ventajas de un aire seco y transparente y de una temperatura poco variable, moderada en verano y en invierno compensada por el cierre de los ventanales ventiladores y la aireación indirecta desde el corredor.

Al hacer estas consideraciones, no debe olvidarse que la población de estas salas solamente permanece en ellas durante la noche, si se exceptúa los insulinizados que reposan durante toda la mañana y los enfermos con malarioterapia y algunos otros tratamientos: en todo caso, una proporción relativamente modesta.

*Patios y Jardines.*— Ya que las necesidades técnicas de un hospital para alienados agudos impide el desiderátum de Hospital Jardín al gusto europeo dividido en pequños chalets tan de acuerdo con nuestra modalidad, podemos compensar la «centralización horizontal» rodeando a las cuerpos de edificio con parques amplios y hermosos. Las características generosas de nuestro suelo patrio cooperarán a tal finalidad. Debemos agregar que en aquellos lugares donde haya que disponer las fachadas en dirección perpendicular a los vientos reinantes, se plantarán filas de árbo-

les corpulentos de protección. En general, huelga decir que un estudio prolijo de la influencia de los vientos y del estado higrométrico de cada zona es condición previa a todo planteo arquitectónico

Sobre la iluminación natural hemos hablado al referirnos a la orientación. Debemos recordar más el principio higiénico de que debe verse un pedazo de cielo desde cualquier punto de la habitación, comprobable mediante la conocida prueba del espejo. La iluminación artificial se adaptará a las normas habituales de la luminotécnica para todo establecimiento de asistencia. Debe hacerse una referencia a la iluminación nocturna de las salas, indispensable entre alienados y a la adecuada preservación de todo contacto eléctrico por medio de aislamientos de los enchufes y fuentes de luz.

La ventilación debe ser natural evitándose en lo posible la ventilación mecánica por superflua, antieconómica y poco práctica. Se administrará calefacción central cuyo foco estará en el subsuelo del edificio. La calefacción mediante el transporte de calórico por intermedio de vapor de agua o agua caliente, conserva una temperatura uniforme en todas las partes de la habitación, es económica y limpia y sobre todo es adecuada para una población de insanos, por su falta de peligrosidad. Las paredes de las salas para el tratamiento de enfermos agudos deben estar revestidas hasta la altura de 1,80 mts. del suelo, con azulejos para asegurar su fácil limpieza. El resto de la superficie podrá recibir al óleo (taponado o no) previo eduido, con la misma finalidad. En sitios apropiados estará cubierta por «placards» especialmente a lo largo de la pared del corredor principal y donde se juzgue oportuno. Las paredes no deben formar ángulos ni con el techo ni con el piso; las correspondientes aristas serán suavizadas con una disposición en «media caña». En las secciones destinadas para enfermos agitados las paredes deben ser construídas de acuerdo a las modernas nociones referentes a la absorción de los ruidos (capa de aire entre dos paredes, etc.).

En la construcción de puertas y ventanas al exterior deberá adoptarse la carpintería metálica, exclusivamente.

Debe evitarse el tipo tan difundido entre los frenocomios, de ventanas de situación alta, no solamente por su condición antihigiénica, sino por su aspecto carcelario, inadecuado al moderno criterio que debe presidir la asistencia de los enfermos mentales. El sistema de ventanas más aconsejable, sobre todo para los hospitales mayores de tipo A y B, es el de los ventiladores. Cada ventanal de 2 ó 3 metros de ancho, puede estar compuesto por un juego de 6 u 8 hojas giratorias, cada una alrededor de un eje central, con esqueleto metálico y vidrio grueso inastillable.

El espacio reducido que queda libre en la abertura máxima, es insuficiente para dar paso a una persona, cinrcunstancia elemental a los fines de la prevención del suicidio y de las fugas en todo manicomio. La abertura semicompleta estable se asegura con ganchos «ad-hoc». Las ventanas deben tener la mayor altura posible siempre con alféizar bajo (alrededor de 0,90 y 1 metro sobre el nivel del piso); para evitar los inconvenientes de una excesiva ventilación deben ser fijas en su 1/3 superior y giratorias en sus 2/3 inferiores. En los establecimientos para agudos de los tipos menores, C. y D, en el caso que se dedicara un piso —el superior— para enfermos lúcidos y tranquilos, sería posible reemplazar este modelo de ventiladores por ventanas comunes con rejas.

Los techos, como la mayor parte de la superficie, deben ser lisos. Los pisos, de baldosas y con declive progresivo hacia rejillas centrales.

El cubaje de las salas más pobladas, se calcula en unos 20 metros cúbicos por cama y contando los ambientes anexos, de unos 45 metros cúbicos. Corresponderán 12 metros cuadrados por cama. La altura de las salas será de 3 ½ a 4 metros.

Un detalle importante de la estructura interna de un hospital neuropsiquiátrico, está constituído por las camas. El tipo común de las camas (clinoterapia, tratamientos activos diversos) será el «standard» establecido para las restantes dependencias hospitalarias de la Secretaría de Salud Pública, de barrotes o con chapas. Debe aconsejarse para alienados, aun dentro del tipo «standard», el uso de elásticos con flejes. No hay que olvidar tampoco la necesidad de su eventual fijación al suelo, en forma directa o por intermedio de tacos. Para casos de intercurrencia o neuropatías orgánicas en pacientes con el sensorio lúcido, pueden ser útiles camas con agarraderas superiores, que facilitarán la labor del personal en la limpieza y renovación de ropa, de otra forma dificultosa. Las camas de los enfermos agitados deben ser sólidas y sobre todo descansar sobre patas cortas y fijas, hallándose discretamente distanciadas de las paredes. Cuando los agitados, confusos y deshidratados deben ser protegidos inevitablemente usando de medios de contención, éstos deberán estar limitados a sistemas de fajas y manchones inteligentemente colocados, gracias a la existencia de agarraderas de que deberán disponer las camas.

Estos medios de contención —o de fijación— adquieren extraordinaria importancia en la administración de grandes cantidades de líquidos en hipodermoclisis o más aún, en fleboclisis; en este último caso son necesarios dispositivos articulados y móviles para fijar perfectamente las extremidades superiores del enfermo. En los casos de gatismo, el inevitable deterioro de los colchones a pesar del uso de telas impermeables, podrá ser obviado mediante la adopción de protectores engomados con «cierre relámpago» lateral. En en-

fermos epilépticos y dementes inquietos (casos de demencia senil, orgánica, idiocía, etc.) pueden evitarse los frecuentes traumatismos por caída utilizando camas con protección lateral móvil como las cunas.

Dos razones —una de orden higiénico y otra de orden psiquiátrico— confieren especial importancia a los cuartos de baño: en primer término, éstos deberán llenar plenamente las necesidades de la población por su número —un w.c. por cada 6 a 10 personas— así como por sus aspectos técnicos; y en segundo lugar, por ser el sitio donde con más frecuencia se consuman los suicidios, deberá ser de fácil vigilancia —puertas de doble batiente en los w.c. de 2/3 de altura con espacios superior e inferior libres— y tendrá, dentro de lo posible, los artefactos embutidos y las paredes sin cañerías ni ninguna clase de agarraderas. Se dispondrá de pequeños recintos para baños de ducha, anexos a los baños generales y de lavatorios colectivos. La ventilación e iluminación de los baños estará asegurada por medio de banderolas o ventiladores altos. Las bañaderas, que además de implementos de higiene personal, lo son también de tratamiento, se instalarán a razón de 8 ó 12 por piso anexas a los departamentos de agitados. Deberán tener una situación central en el ambiente en que se encuentren para permitir el desenvolvimiento y la acción de los enfermeros. Pueden estar provistas de agarraderas para fijar las cubiertas o fajas de lona y cuero usadas en otros países para la autofijación de los enfermos, que los protege de traumatismo, y permite mayor economía de personal. Para el baño prolongado debe asegurarse el suministro ininterrumpido de agua caliente, cuya temperatura, cuando se la usa para los fines mencionados, debe oscilar invariablemente entre 38 y 40 grados, medible por termómetros de baño especiales de que se dispondrá. No deberán faltar tampoco en los cuartos de baño donde se hace bañoterapia, los botiquines: la experiencia enseña que cuando el personal no dispone a mano de los elementos de lubricación, bolsa de hielo, etc. utilizados en tales casos, prescinde por comodidad de ellos.

En los hospitales de tipo menor —C y D— los corredores serán elementos completamente accesorios. No sucederá lo mismo en los hospitales mayores de tipo A y B, en cuyos establecimientos los corredores, por sus dimensiones y por su disposición constituirán partes vitales de la estructura interna ya que en ellos puede instalarse cómodamente en bancos o reposeras la población levantada de cada piso como en un jardín de invierno. La orientación hacia el norte, la amplia ventilación e iluminación, el panorama circundante de vegetación, contribuirán a este fin. Como ya se ha dicho, la pared trasera de los corredores podrá ser aprovechada para la colocación de «placards».

Al revés de lo que sucede en el hospital común de crónicos con varios pabellones, en el cual el comedor es una dependencia separada, en el hospital psiquiátrico para enfermos agudos, el comedor forma parte integrante del cuerpo del edificio. En el esquema funcional adjunto (17), los comedores de los dos pisos ocupan ambos cuerpos salientes centrales. La orientación de los ventanales es recíprocamente divergente en ambas secciones. Como ya se ha dicho, los «offices» y anexos de los comedores, próximos entre sí, reciben iluminación y ventilación por aberturas altas, disposición que asegura una separación completa de las dos poblaciones. Es aconsejable el uso de mesas colectivas de mármol, cuadrilongas, fijas al suelo.

## ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA

Al considerar la organización de los hospitales neuropsiquiátricos para enfermos agudos, pasaremos por alto la descripción de las dependencias de Dirección y Administración, Biblioteca y Sala de Conferencias, Alojamiento de personal técnico, Capellán, etc. para ocuparnos directamente de las secciones de investigación y diagnóstico, de los diferentes servicios y, de las secciones anexas.

Los servicios y las secciones de investigación y tratamiento, serán comunes o corresponderán por separado a cada sector masculino o femenino del hospital. Entre las secciones comunes, han de figurar: el consultorio externo o clínica de orientación que puede actuar simultáneamente como consultorio de admisión, el servicio de Radiología y Electrodiagnóstico, el consultorio Odontológico y el consultorio para especialidades. En los hospitales mayores de tipo A y B, ocuparán los recintos adyacentes al hall de entrada del pabellón (18); en los hospitales menores de tipo C y D, separadamente de las salas y dentro del local, la Dirección y Administración. Las secciones desdobladas de investigación y tratamiento, serán incluídas en el seno de cada pabellón. Comprenderán: el consultorio de clínica médica, neurología, endocrinología y enfermedades de la nutrición, el servicio quirúrgico, el laboratorio anexo de urgencia, la sección de convulsoterapia, la sección de insulinoterapia, el centro de rehidratación, remineralización y hemoterapia, la sección de malarioterapia y tratamientos biológicos, la de fisioterapia e hidroterapia, el Instituto de Psicología Médica, la sección de ludoterapia, meloterapia y cinematografía, la sección de tratamiento de la agitación, la sala de vigilancia, las salas para enfermedades intercurrentes, la sección de convalescencia y clínica de reposo, la sección de enfermos graves y desahuciados y las salas de clinoterapia.

Entre las dependencias separadas del hospital neuropsiquiátrico para agudos, ya ha sido mencionada la Dirección y Administración. Más tarde se hablará de los pabellones para enfermos cró-

nicos y retardados. Aquí debe citarse además: el Laboratorio Central de Anatomía Patológica y Bioquímica con la morgue anexa, la farmacia, la cocina central y el lavadero.

El consultorio externo o clínica de orientación, como se sabe, tiene como funciones el diagnóstico precoz de las psicopatías, base de la profilaxis por el tratamiento; la ulterior orientación de los enfermos hacia el tratamiento ambulatorio o hacia la internación en algunos de los diferentes servicios del hospital psiquiátrico; la profilaxis mental y por último, la función social que se describe en otra parte. Como consultorio de admisión permite que el médico de guardia, luego de realizar la clasificación nosográfica provisional del enfermo, prescriba las indicaciones primeras y lo destine a un servicio, luego de levantar la historia clínica, y, naturalmente, de haber llenado los requisitos legales y administrativos de uso. Este servicio de funcionamiento predominantemente matutino, como el de odontología, convendrá ubicarlo del lado este del cuerpo saliente central (6).

El servicio de radiología y electrodiagnóstico (4), es un elemento imprescindible en este tipo de asistencia. Por la cantidad de los enfermos internados se descarta un mínimo de intercurrencias pulmonares, cardíacas u óseas que requieren exploración radiológica. Por la calidad de los enfermos hay que recurrir obligatoriamente a técnicas especiales imprescindibles en todo establecimiento moderno: electrodiagnóstico, lipiodografía, neumorraquia, ventriculografía, encéfalografía, angiografía, electroencéfalografía, etc. Convendrá ubicar este servicio al oeste del hall de entrada. Los servicios de odontología (5) y de especialidades auxiliares (6) podrán funcionar un día alternados para mujeres y hombres. Su importancia no termina con la atención de las afecciones intercurrentes. Como es sabido, existe gran número de enfermedades del sistema nervioso cuya verdadera naturaleza no puede ser aclarada sino recurriendo, por ejemplo, a la oftalmoscopía, la campimetría, o las reacciones vestibulares. No podrá faltar, por lo tanto, en un hospital neuropsiquiátrico para agudos la opinión especializada del oftalmólogo, del otorrinolaringólogo o del ginecólogo.

Los servicios de clínica médica (2), neurología y otras especialidades básicas (endocrinología y enfermedades de la nutrición) pueden funcionar en una dependencia común, separada para cada una de las dos secciones laterales. El médico clínico deberá examinar sistemáticamente a todo enfermo que ingrese, después que lo haya hecho el médico de guardia; deberá por otra parte, dirigir la atención de las enfermedades intercurrentes y evacuar las consultas que le sean solicitadas. Dispondrá del material de trabajo indispensable, así como de la cooperación de los diferentes servicios de especialidades y del laboratorio.

La Psiquiatría y la Neurología, estudian las enfermedades que afectan a la vida de relación en su doble aspecto psíquico y físico, respectivamente. Como estos dos aspectos no son separables sin artificio, tampoco lo son ambas ramas de la medicina. Con estas consideraciones se quiere poner de relieve la importancia preponderante que desempeñará el servicio de Neurología dentro de un establecimiento para alienados, servicio a cuyo frente deberá preferirse un neurólogo familiarizado con las enfermedades mentales.

El interés del servicio de Enfermedades del Metabolismo y de las Glándulas de Secresión Interna está relacionado con la frecuente intervención de factores endócrinos y metabólicos en la producción de trastornos mentales y en los mecanismos curativos puestos en juego por los modernos tratamientos psiquiátricos (insulina, convulsioterapia, rehidratación).

Servicio neuroquirúrgico y de cirugía general (3). El servicio de neurocirugía desarrollará su acción principalmente en el tratamiento de neuropatías operables con síntomas mentales (tumor cerebral, por ejemplo), y accesoriamente en el tratamiento quirúrgico (lobotomías) de las psicosis endógenas o funcionales. El servicio de cirugía general es también un elemento indispensable en un establecimiento de tipo mayor. En los hospitales chicos puede ser substituído por una sala de cirugía de urgencia o de primeros auxilios, derivándose a los enfermos en caso necesario hacia hospitales generales.

Debe funcionar un laboratorio anexo (7) al Centro de rehidratación, remineralización y hemoterapia en todo hospital de agudos bien dotado. El tratamiento y la investigación de las alteraciones del equilibrio hidrosalino y proteico ocupan un lugar preponderante en todo régimen asistencial de alienados agudos y deben efectuarse junto a la cama del enfermo. Las ampollas de sueros azucarados y salinos y el examen clínico deben ser complementados por un pequeño, aunque indispensable, arsenal de laboratorio: centrífuga de 2 ó 4 tubos, de 3.000 revoluciones por minuto, tubos Wintrobe, hematocrito, proteinómetro de Barbour, Hamilton y ureómetro de Ambard. En casos dados puede disponerse de los medios necesarios para la preparación de plasma congelado (para plasmoterapia), consistente en lo fundamental en una centrífuga grande y un congelador. Este centro puede llenar las mismas funciones de las «salas de resucitación» en los hospitales de sangre. Además de las funciones mencionadas puede prestar su colaboración en el contralor biológico de la malarioterapia (contralor hematológico, parasitemia).

Ya de lleno dentro de los servicios psiquiátricos propiamente dichos, corresponde un lugar especial a la sección de convulsoterapia (9).

Como se sabe, este método de tratamiento de las enfermedades mentales mediante la provocación artificial de convulsiones epileptiformes ha sobrepasado ya su período de prueba. En el esquema adjunto (A yB) se le dedican, en cada piso y a cada todo. En la cardiazolterapia convulsiva no hacen falta instalaciones ni aparatos especiales. El shock eléctrico, en cambio, remedad). Estas salitas pueden estar tabicadas por septos para impedir los desagradables efectos psicológicos del tratamiento colectivo, que se suman a la fobia, complicación frecuente del método. En la cardiazolterapia convulsiva no hacen falta instalaciones ni aparatos especiales. El shock eléctrico, en cambio, requiere un aparato transformador eléctrico del tipo de Cerletti y Bini o de cualquier otro modelo. Prácticamente no hacen falta más que uno o dos aparatos para todo un hospital de agudos. Se puede usar un tipo rodante unido por medio de un cordón de varios metros a la fuente de electricidad. La buena técnica exige que al iniciar un tratamiento se efectúe, además del examen clínico de rutina, un electrocardiograma, que deberá poder hacerse en todo hospital de este tipo.

Es necesario disponer de personal adiestrado en las maniobras correspondientes a cada fase del shock. Deben existir, además, a mano, todos los elementos de diagnóstico y tratamiento para las complicaciones óseas (luxaciones y fracturas), pulmonares (absceso pulmonar, tuberculosis reactivada), cardíacos (fibrilación auricular) o nerviosas del tratamiento. El examen radiológico es un auxiliar indispensable para tal fin.

Las secciones de Insulinoterapia y de Malarioterapia y Tratamientos Biológicos (10) se ocupan con dos modalidades esenciales del tratamiento activo de las enfermedades mentales y neuropatías. Se le asignan en los hospitales neuropsiquiátricos tipo A y B en cada una de las mitades de cada piso, dos salitas de 12 camas cada una (28 % de la población aguda). También la indicación del tratamiento de Sakel, solo o sumado o cruzado con cardiazol o shok eléctrico, exige un examen clínico y un electrocardiograma previos. Esta terapia requiere un despliegue de personal técnico y de enfermeros mayor en número y, sobre todo, por la permanencia prolongada junto a los enfermos. El instrumental es reducido. Es aconsejable contar con una mesa de mármol dentro del recinto, con hervidor y demás elementos para la inyección de medicamentos, sondas, solución de suero glucosado, bolsas de oxígeno, etc. Al referirnos a la malarioterapia, fuera de lo dicho sobre contralor hemoparasitológico, podemos recordar la conveniencia de mantener siempre en disponibilidad reservarios de cepas, reactivables en caso de necesidad. Las otras formas de piretoterapia

(vacunas, azufre piretógeno, nucleinato de sodio, absceso de fijación, etc.) no requieren medidas especiales de previsión.

En la administración de los tratamientos activos de shock —insulina, cardiazol y shock eléctrico— no deben interponerse limitaciones de orden económico. Aun aceptando el criterio restrictivo en el sentido de que estas medicaciones solamente actúan acelerando la cura del enfermo, las repercusiones de su aplicación en gran escala habrán de compensar con amplitud los esfuerzos realizados.

La sección de psicología médica tiene un primordial interés práctico y cultural. Conocida es la importancia de la psicoterapia en el tratamiento de las neurosis, de la psicosis en remisión social o sintomática, en el curso de la terapéutica ambulatoria y en los casos de internación durante la fase de recuperación de las enfermedades mentales.

Las investigaciones psicopatológicas con fines diagnósticos y doctrinarios, no siempre atendidas en nuestro medio, han de recibir un poderoso impulso con la planificación y fomento de la asistencia de alienados. Serán promovidas en sus más diversas manifestaciones, justificadas por la inmensa multiplicidad y polimorfismo de la materia que estudian. Abarcarán las disciplinas fisiognómicas como la biotipología, el análisis polidimensional, la grafología, etc., que tiene por objeto el estudio de los procesos de expresión; comprenderá la fenomenología; la exploración mediante (psicodiagnóstico de Rorscharchs, la psicometría, en sus numerosas modalidades, etc.); el análisis funcional psicológico, la psicología analítica, la psicología individual, la psicotecnia, la investigación anatomoclínica, etc.

De la sección de hidro y fisioterapia hemos mencionado ya la balneoterapia que desempeña un rol primordial en la asistencia de alienados agudos. Deben citarse además los diversos tipos de duchas terapéuticas (escocesa, etc.) la kinesiterapia, la galvanización y faradización, etc., de aplicación más restringida pero útiles en ciertos casos.

La sección de ludoterapia, meloterapia y cinematografía, podrá desempeñar una función coadyuvante de primer orden en el tratamiento de enfermos agudos durante la convalecencia, mediante la descarga motora y la rehabilitación espiritual por el juego (gimnasia, pelota, paleta, bochas y otros deportes). La influencia de la música y de los espectáculos cinematográficos cooperará también al mismo fin.

Deberá disponerse de una sección separada para clinoterapia (16).

Es conocida por todos los médicos la influencia benéfica que la simple permanencia en cama produce a los enfermos mentales

agudos, aun fuera de todo tratamiento activo. Constituirá siempre la primera indicación médica después del ingreso.

La sección de agitados (13) estará ubicada en los sectores extremos ( alas del edificio) y junto a la sala de balneoterapia. Se procurarán ambientes amplios, lo más aislados posible, de fácil limpieza, con paredes contra los ruidos y camas que llenen las condiciones ya descriptas (patas cortas y fijas, construcción sólida y agarraderas, separadas de las paredes).

La sección de vigilancia (12) estará próxima a las salas de agitados y de clinoterapia. Atenderá con personal experto y suficiente a los enfermos con reacciones patológicas dignas de observación: tendencia al suicidio, agresividad, impulsos, fugas, rechazo de alimentos, gatismo, accesos convulsivos e inquietud motriz en dementes y confusos que se traumatizan de continuo. Ya han sido mencionados los elementos que han de coadyuvar a una correcta atención de esta índole.

Se proverá de una sección para la atención de las intercurrencias (11) y, en la medida de lo posible, de salitas individuales o para dos personas que permitan el aislamiento de los otros enfermos y la permanencia de familiares junto a los pacientes graves y desahuciados (15). De preferencia se ubicará esta sección en el extremo de las alas de la planta baja (tipo A y B) o en sectores del edificio donde no se emplea la clinoterapia (tipo C y D).

Por último, la sección de convalecencia y clínica de reposo (14), fase intermedia entre el régimen de internación y el ambulatorio, asegurará una readaptación paulatina y armoniosa a la vida extrahospitalaria, al propio tiempo que permitirá la observación final del enfermo antes de otorgarle el alta. Funcionará conjuntamente con la sección de ludoterapia en un sector semiindependiente del hospital.

El personal técnico de médicos, jefes y adscriptos de los diferentes servicios, será fijado oportunamente. La guardia estará constituída por médico interno, practicante, farmacéutico y laboratorista. En funciones de tan diferenciada especialización como las de asistencia neuropsiquiátrica en sus diversas fases, conviene asegurar la continuidad en el rendimiento y en la formación de personal técnico nuevo, instituyendo un adecuado escalafón.

La asistencia espiritual de los internados quedará confiada a religiosas y capellanes.

El personal de enfermeros ha de ser suficiente por su cantidad como por su calidad. Su proporción no será muy inferior a la de un enfermero por cada 6 enfermos agudos. En todo caso esta proporción variará con las características constructivas de los hospitales en relación con su posibilidad de vigilancia. Se repartirá el

personal en tres turnos principales (de 6 a 14 horas, de 14 a 22 horas y de 22 a 6 horas) agregándose un turno accesorio (de 10 a 18 horas) que absorberá el exceso de trabajo que se produce durante las horas de tratamiento y de comida. Naturalmente, que este cálculo tiene en cuenta los días francos, las vacaciones y las licencias por enfermedad (de 10 al 15 %). La preparación técnica del personal subalterno se consolidará mediante escuelas de enfermeros como las ya existenttes, que después de un curso de dos años confiere el título que habita para funciones de cabo-enfermero.

## HOSPITALES NEUROPSIQUIATRICOS PARA ENFERMOS CRONICOS

Los hospitales neuropsiquiátricos para enfermos crónicos funcionarán anexos a los hospitales para agudos de la zona correspondiente, en calidad de «Colonias» o «Asilos». La admisión directa no será su fuente de ingreso sino secundariamente. Los internados procederán exclusivamente de los hospitales neuropsiquiátricos agudos homólogos. Para el cumplimiento de su cometido contará con personal técnico, administrativo y subalterno, suficiente en cantidad y calidad. Jefes de servicio y médicos agregados, especialistas y odontólogos y guardia psiquiátrica en proporciones adecuadas. El personal de enfermeros corresponderá aproximadamente al 10 % de la población. Constará de amplios parques y jardines, colonias agrícolas y ganaderas donde los asilados con buenas aptitudes físicas se dedican al cultivo de tierra y encuentran campo propicio para la realización de sus tendencias instintivas, consiguiéndose además los efectos saludables del trabajo físico así como la satisfacción, para el propio enfermo, de sus necesidades económicas primarias. Además de los pabellones comunes, ha de disponer de pabellones especiales para procesados y condenados en situación de prevenidos o de alienados. Tendrá enfermerías para ambos sexos, donde se atenderá al alienado crónico que padezca un proceso intercurrente. Dispondrán de servicios auxiliares de radiología, farmacia, laboratorio, etc.; además será dotado de consultorios externos para la asistencia de ex internados con fines de contralor, vigilancia y protección social.

La significación primordial de estos establecimientos se debe al hecho de que ellos han de absorver el 75 % de la capacidad hospitalaria a habilitarse, vale decir, que de las 30.400 camas a crearse, les han de corresponder 22.800 camas repartidas en 34 zonas, a saber: 4.000 en la Capital Federal (1.200 camas en Belgrano, en Barracas, en Liniers y 400 en Nueva Pompeya); 6.400 en la provincia de Buenos Aires (1.600 camas en cada una de las 4 zonas ubicadas en La Plata, Tres Arroyos, Bahía Blanca y Junín); 2.250 camas en cada una de las provincias de Santa Fe y Córdoba (co-

rrespondiendo 1.125 camas para crónicos en las zonas santafesinas de Rosario y Santa Fe y 750 camas en las zonas cordobesas de Villa María, Córdoba y Río Cuarto; 1.200 camas en Entre Ríos, distribuídas a razón de 600 en Concordia y 600 en Paraná; 750 camas en Tucumán y 750 en Chaco y Formosa, (375 por zona: Resistencia, Formosa, Tucumán y Tafí Viejo); 1.000 camas para Santiago del Estero, Corrientes y Mendoza (a razón de 500 camas por zona, en Santiago del Estero, Añatuya, Corrientes, Mercedes, Mendoza y San Rafael); 375 camas para crónicos en cada una de las zonas de San Juan, San Luis, Salta, Misiones, Pampa y Neuquén y Patagonia; para finalizar, 225 camas por zona en Catamarca, La Rioja y Jujuy.

El hospital psiquiátrico para enfermos crónicos: mixto, rural, disperso y de actuación prolongada.

1.° — Mixto, vale decir que recibirá enfermos de ambos sexos.

2.° — Rural. Las características asistenciales de relativa libertad o de open door y la utilización de grandes espacios para parques y jardines así como para chacras, granjas e industrias rurales, obligan a elejir el campo como sede de estos establecimientos.

3.° — Disperso. No habiendo necesidad de centralización en estos hospitales dedicados preferentemente a la laborterapia, se adoptará el sistema de colonias o pabellones separados.

4.° — Actuación Prolongada. Siendo con frecuencia muy prolongada o definida la internación en los hospitales para crónicos, es necesario planificar y organizar el trabajo y la producicón de los alienados para derivar sus energías y contribuir a su rehabilitación social y autosostenimiento.

Deberá procurarse que el Hospital Psiquiátrico para crónicos también reúna las condiciones de maleabilidad con vistas a futuras ampliaciones o cambios de economía de construcción y mantenimiento, de confortabilidad y buena iluminación, ventilación y limpieza.

Descartando la adopción del sistema de pequeños chalets por su carácter costoso e inútil, deberá elegirse entre la concepción constructiva pesada, similar a la de los hospitales para agudos, y el sistema llamado de «hospitales livianos», muy comunes en el extranjero.

El tipo de construcción horizontal similar al descripto anteriormente para agudos (abstracción hecha naturalmente de las dependencias de planta baja para consultorio y de los pisos superiores para tratamientos activos) tiene la ventaja de su gran capacidad, sobre todo si se adopta el tipo en «dientes de peine», ventaja nada despreciable por el número de enfermos a alojar.

Este tipo seguramente será necesario en las zonas más pobladas, como en la provincia de Buenos Aires, Capital Federal, Santa

Fe y Córdoba. Pueden utilizarse también los tipos denominados C y D en la descripción anterior con pequeñas modificaciones.

El tipo de «hospitales livianos» es económico en dos sentidos: el costo de instalación es menor, pues, no requiere todo el armamento médico de un hospital de agudos y también lo es el costo de hospitalidad que no suele llegar a $ 1,50 por día. Los enfermos que en ellos se albergan, requieren poca cosa más que una cama, la comida y una discreta atención de estrecha vigilancia para casos especiales, reducen el personal de las salas.

Se han recomendado como modelos de «hospitales livianos» para crónicos las antiguas barracas Doecker, construídas hoy en

gran escala en el extranjero, en forma standard, con madera a prueba de fuego.

Sin llegar a este tipo extremadamente liviano, se pueden adoptar pabellones para 250 enfermos cada uno, como los construídos en 1940 en el Asilo de Lomas, los cuales, agregándoles un piso, podrán admitir hasta 500 enfermos cada uno. Constan de 3 grandes salas y una enfermería, a lo cual debe agregarse el consultorio médico y el ambiente para el personal y costurero (en las secciones femeninas).

## ORGANIZACION DEL TRABAJO Y DE LA PRODUCCION DE LOS ALIENADOS

Por exigir gran parte de los enfermos mentales ser internados prolongada o aún definitivamente, se justifica la utilización de esas energías en potencia. La experiencia ha enseñado además que si a los enfermos no se les da alguna ocupación, su actividad degenera. Algunos emplean sus fuerzas superfluas en actos destructivos mientras otros se habitúan paulatinamente al aislamiento del mundo exterior, terminando así en las llamadas «ruinas del patio». Es obvio que ambas evoluciones son desechables desde el punto de vista médico. Además, desde el punto de vista económico, se convierten en doble carga social: por una parte, no producen y, por otra, significan un despojo financiero extraordinario para el Estado.

Lo que debe preponderar en la organización del trabajo de los alienados es —sin despreciar el factor económico— el punto de vista médico para conseguir la reeducación que permitirá una adaptación siquiera precaria. Su importancia estriba en la posibilidad de ubicar al enfermo en su familia (asistencia homofami-

liar) o en una familia ajena (heterofamiliar). Consiguen entonces desempeñar un papel casi equivalente al de una persona normal.

## LABORTERAPIA

La laborterapia o terapia ocupacional debe ser bien dirigida.

Todos los enfermos exigen ser entrenados paulatinamente bajo supervisión del médico y sus ayudantes, técnicos, celadores o asistentes sociales. Se logra la formación de cuadrillas más o menos homogéneas, que favorecen el aprovechamiento de todos los participantes, con un rendimiento lógicamente mayor que el obtenido con las cuadrillas integradas por dos o tres enfermos «buenos» y ocho o diez inútiles (lastre) como ocurre en el caso de laborterapia mal dirigida.

La laborterapia requiere médicos y enfermeros especializados. Está demostrado que sólo se obtiene resultado óptimo cuando el personal conoce íntimamente las tareas a realizar. Se explica, pues, la necesidad de crear cursos de laborterapia para el personal técnico.

Los centros más adelantados prueban que sólo los enfermos físicamente inaptos no trabajan en tanto que para todos los demás se encuentran ocupación.

En el famoso asilo de Gütersloh, donde el doctor Simón creó la laborterapia moderna, se ha alcanzado el resultado siguiente:

De una población de 329 enfermos sólo quedaron 12 desocupados, de los cuales 8 por causa de emfermedades o incapacidad corporal y solo 4 por motivos de su dolencia psíquica. (es decir, trabaja el 96 %).

En la población femenina, compuesta por 446 enfermas, sólo quedaron 18 desocupadas, de las cuales 11 por enfermedad o incapacidad corporal y solo 7 por motivo de su dolencia psíquica. (trabajaba el 95 %).

Es conveniente compensar el trabajo realizado con un pequeño peculio que puede aumentar con la calidad del mismo, constituyendo un estímulo para la resocialización del enfermo.

El trabajo se puede clasificar en cinco grados de acuerdo con su dificultad. Se deberán introducir modificaciones locales según las aptitudes y las costumbres de cada población.

PRIMER GRADO — Ocupaciones de máxima sencillez que no exigen esfuerzo de atención ni independencia:

*a)* Asir el asa de un cesto u otro objeto que se debe llevar entre dos pudiendo así los enfermos vigorosos cooperar en el transporte de la comida y de la ropa. Se les acostumbra gradualmentea a llevar el objeto a un punto determinado.

*b)* Trenzado de tiras simples de paja o juncos para la fabricación de esterillas.

*c)* Cargar tierra en una carreta dispuesta al efecto (en columnas en las cuales el paciente no debe hacer otra cosa que imitar la labor de otros).

*d)* Cooperar en aserrar madera si otro enfermo de nivel superior toma el otro extremo de la sierra.

*e)* Tirar en compañía de otros pacientes de una pequeña carreta, (especialmente apropiada para movilizar a enfermos catatónicos profundamente ensimismados).

SEGUNDO GRADO. — Trabajos mecánicos que requieren poca atención e iniciativa:

*a)* Arrancar hierba mala si no se requiere una atención especial como en las chacras.

*b)* Distribuir el abono en la huerta.

*c)* Buscar y escoger mimbres para cestas. Cectería lisa.

*d)* Labores manuales femeninas sencillas como zurcir, ribetear, pañuelos, etc.

*e)* Fabricación sencilla de cepillos (escobillas, raederas).

*f)* Trabajos sencillos en el lavadero.

*g)* Trabajos domésticos de toda índole.

TERCER GRADO. — Trabajos que exigen regular atención, iniciativa e inteligencia:

*a)* La mayoría de todos los trabajos en columnas, en faenas agrícolas o de jardinería, en todo el establecimiento (labores de campo, recolección, cuidado de los establos, transporte de carbón, abrir y conservar caminos, etc.); cultivo de legumbres con excepción de aquellos para los que se requieren conocimientos especiales.

*b)* Cardar lana.

*c)* Costurería sencilla.

*d)* Cestería.

*e)* Fabricar cajas de cartón y otros trabajos de encoladura.

*f)* Trabajos de limpieza y ayuda en la cocina.

*g)* Ayudar a ordeñar en el establo.

*h)* Ejecución independiente de trabajos regulares de transporte; por ejemplo: llevar diariamente la leña del establo a la cocina;

*i)* Trabajos domésticos ya pueden ser confiados con entera independencia a los pacientes de este grado sin que se requiera vigilancia.

CUARTO GRADO. — Trabajos que requieren buena atención y una reflexión casi normal:

*a)* Trabajos especializados de agricultura y jardinería.

*b)* Escardar entre verduras tiernas, cuando exige atención y precaución.

*c)* Cuidar con independencia animales (corral de gallinas, establo de puercos), segar.

*d)* Trabajos calificados en los talleres.

*e)* Confecciones de ropa blanca y vestidos en el costurero trabajos manuales delicados de toda índole.

*f)* Colaboración más independiente en cocina y lavaderos substituyendo a trabajadores normales.

*g)* Trabajos de oficinas de toda índole.

*h)* Trabajos domésticos independientes, lavado de vajilla, limpiar los cuartos de los empleado.

En este grado ya es posible escoger «trabajadores individuales», que sin vigilancia permanente pueden trabajar solos y prestar valiosos servicios al establecimiento.

QUINTO GRADO. — Plena capacidad de rendimiento equiparable al de un normal de la misma clase.

Se incluyen aquí convalecientes de enfermedades agudas, varios diversos tipos de imbecilidad leve, epilépticos en los períodos interaccesionales y también muchos paranoides, siempre que su capacidad de trabajo y de autoconducción no esté perturbada por la anormalidad del pensamiento. Precisamente estos últimos suelen ser los más inteligentes, valiosos y perseverantes trabajadores profesionales del establecimiento.

Es conveniente confiar a estos enfermos, en la medida de su capacidad, cargos de confianza o de responsabilidad, por ejemplo, dirigir pequeñas columnas de trabajadores, servicio de teléfonos, de portería, correos y encargos al exterior.

## ESCUELAS

La organización de la laborterapia en escala ascendente, como se ha descrito en el último apartado, presupone la posibilidad de educar a los enfermos para poder desempeñar paulatinamente tareas cada vez más complicadas. Ya en este sentido será necesario dotar a los establecimientos psiquiátricos, aparte del personal médico y enfermero necesario, de maestros capaces de fomentar su educación profesional específica. Cabe mencionar, sin embargo, que para los adultos esto es muchísimo menos importante que para los niños y adolescentes, ya que en general aquéllos ingresan con alguna formación profesional.

Las escuelas agregadas a los establecimientos psiquiátricos deberán encarar sobre todo el problema de una enseñanza profesional eficaz para los niños, entre los cuales se destacan por su número los oligofrénicos (idiotas, imbéciles y débiles mentales), que en la actual organización escolar no suelen encontrar educación apropiada por no existir en el país los colegios especializados. Conviene destacar que en muchos casos se podrá prescindir de la internación de los educandos. Por el contrario, convendrá organizar los establecimientos en cuestión como para permitir la concurrencia de alumnos externos que viven con su familia y que concurren sólo para recibir su educación. Esto vale muy particularmente para la enseñanza primaria ;pero en cierto modo también para la profesional. Sin embargo, en esta última, la internación será muchas veces necesaria ya que por lo menos el aprendizaje de granja y chacra sólo se podrá realizar en un ambiente más o menos rural donde las dificultades de comunicación harán muchas veces imposible la continuación del enfermo en su propia casa.

Un problema sumamente importante a contemplar es la creación de un cuerpo de profesores especializados, hasta ahora inexistente. Lo más eficaz resultará concentrar en un curso a maestros recibidos provenientes de todas las provincias y territorios para enseñarles los elementos básicos de su tarea particular e invitarlos luego a sugerir la forma práctica de aplicar en su tierra natal el programa educativo más adecuado. De todos modos, tendrá que tomarse en cuenta que es preferible suministrar al educando una enseñanza en alguna tarea rural, circunstancia que se destaca en todos los centros importantes de investigación y que por razones obvias ha de tener más importancia aun en la República Argentina por sus vastas extensiones de campo. Las Escuelas de Artes y Oficios funcionarán en cambio en los centros urbanos donde será, por otra parte, más fácil tener personal apropiado.

### OFICIOS (TALLERES)

1.º Cada taller será dirigido por un educador terapeuta, maestro en el oficio respectivo. Se enseñará trabajo de imprenta, encuadernación, mecánica elemental, carpintería, escobería, etc.

2.º La enseñanza se dividirá en clases: teóricas e ilustrativas para dar nociones elementales y clases prácticas para la buena comprensión del aprendizaje manual bajo la dirección y vigilancia del maestro del oficio y su ayudante técnico inmediato.

3.º El trabajo será remunerado a destajo bajo el control y mación del capataz del taller. Con el producto se abastecerá las necesidades del consumo interno y con el excedente se podrá hacer trueque con establecimientos similares, o bien comercializarlos.

### ARTE

El arte debe incluirse entre los trabajos que hemos clasificado de cuarto grado, es decir, que requieren buena atención, regular inteligencia e iniciativa propia. El tipo deberá ser de manualidad fina o delicada, ejecutado con buen gusto. Para el sexo femenino serán labores finas, bordados, costuras prolijas, monogramas delicados, telares, etc. Para el sexo masculino: cestería, trabajos de mimbre, orfebrería, ebanistería, etc.

### GRANJA

Bajo la dirección de un experto teórico y práctico se impartirá enseñanza de nociones elementales de teoría aplicables a la práctica con el fin de darles una preparación técnica en una de las ramas propias de nuestro ambiente:

1.°) Productos lácteos, ordeñar, distribuir la leche, conservarla en condiciones higiénicas, fabricar manteca, queso y otros derivados de la leche, etc;
2.°) Avicultura o sea, la cría de toda clase de aves de corral en forma intensiva por procedimientos científicos y su aplicación práctica. Incubación natural (empollar) o artificial (incubadoras), etc;
3.°) Animales de corral: conejos, puercos;
4.°) Apicultura o sea, el arte de criar abejas, elaboración de sus productos (miel, cera, etc.), para el consumo interno y comercialización o trueque con otros establecimientos nosocomiales similares.

### D) CHACRA

Establecimientos dedicados a la agricultura, ganadería, huerta, jardinería. Un técnico en trabajos rurales (agrónomo) deberá enseñar la parte teórica y práctica del cultivo intensivo del cereal (trigo, maíz, lino, avena, etc.) con fines de mayor rendimiento. El tipo de ganado a criar (bovino, ovino, caprino, porcino, etc.) se hará de acuerdo con la región. En las huertas se producirán legumbres y hortalizas y en los jardines se cultivarán plantas deleitosas (flores, etc).

### 2. — *Con lo que produce un alienado debe y puede costear su sostenimiento*

La experiencia enseña que con la laborterapia bien organizada el alienado no sólo costea su sostenimiento sino que produce también lo suficiente como para permitir la organización y el mantenimiento de las escuelas arriba mencionadas. Esto, sin embargo, vale

solamente para un sistema laborterápico ya organizado. Habrá que proveer para un período de transición, una cierta ayuda del Estado que permitirá la estructuración perfecta de las tareas futuras. Es de suponer que dentro de 5 años se logre un estado de cosas que permita suprimir la ayuda mencionada porque a partir de entonces los mismos enfermos producirán lo necesario para la continuación de la asistencia.

Sin embargo hay que destacar que siempre deberá privar el criterio médico no sólo desde el punto de vista humanitario, sino también para poder mantener el alto nivel de productividad alcanzado.

A) REHABILITACIÓN Y RECUPERACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO

Todas las medidas enunciadas tienen por objeto la rehabilitación y recuperación social del enfermo. Será sin embargo necesario complementarlas con otras para aumentar el rendimiento total de la asistencia psiquiátrica moderna.

La rehabilitación del enfermo mental choca actualmente con la falta de una organización capaz de darle al mismo una libertad vigilada creciente, antes de devolverlo definitivamente a la existencia normal.

Con este fin se practica sobre todo en Estados Unidos, Inglaterra, Suiza y Bélgica como primer paso de rehabilitación, el sistema de la asistencia héterofamiliar, que consiste en la estructuración de un organismo capaz de distribuir a los enfermos en familias privadas que los reciben y vigilan al mismo tiempo que les dan trabajo. Como las familias en cuestión deben ser remuneradas, este organismo evitará que los enfermos se conviertan para sus guardianes en fuente interesada de recursos. A este propósito cabe mencionar que la institución mental del cantón de Zurich cuenta con un médico jefe viajante, que recorre con su automóvil de servicio los distintos lugares donde se encuentran enfermos en asistencia héterofamiliar, no sólo para vigilar y controlar el trato que reciben, sino también para aconsejar a las familias la conducta a seguir para aumentar la eficacia de dicha asistencia.

El primer paso en la libertad vigilada es el sistema del alta precoz y la vigilancia del enfermo en su propio hogar mediante un cuerpo apropiado de visitadoras sociales de higiene mental.

Tratándose de un trabajo extremadamente responsable, será necesario tener para la dirección y organización del servicio social para alienados, médicos que deben estar en íntimo contacto con los directores y médicos de los hospitales psiquátricos regionales correspondientes. Esta asistencia exterior deberá ser función exclusiva e incompatible con otros cargos. Las tareas de rehabilitación son

completamente diferentes de las del hospital. Esto no quiere decir que la ejecución en detalle no pueda realizarse en los establecimientos existentes y a construirse, pero destacamos bien claramente que la dirección de los liberados debe estar bajo la supervisión de un médico especializado en esta clase de labor. No necesitamos decir, por otra parte, que la tarea solamente podrá ser realizada con exactitud si la organización de liberados encuentra una colaboración íntima y sincera de parte de las autoridades encargadas de distribuir a los trabajadores en general. El alienado liberado debe, pues, entrar en el mercado del trabajo bajo consejo del médico, pero con la ayuda de las autoridades profesionales normales.

Con este sistema se llegará a aumentar la libertad del enfermo hasta poder darle de alta definitivamente, vale decir, incorporarlo de nuevo al proceso económico normal. Es imposible prever cuál será el porcentaje de enfermos que de este modo se recuperarán por completo; sin embargo, cabe suponer que llegará a ser elevado.

## ESTABLECIMIENTOS PARA RETARDADOS Y ANORMALES

En los internados a crearse para anormales, anexos a los hospitales psiquiátricos ha de procurar cumplirse el desideratum de una readaptación individual en un medio colectivo. La finalidad que se propone esta readaptación es poner al individuo en condiciones de formar parte como miembro de la sociedad, pudiendo subvenir a sus propias necesidades y ser útil a la comunidad. Entre los débiles mentales, unos son susceptibles de ser educados y otros no. Entre estos últimos se encuentran los débiles de espíritu en los que la deficiencia intelectual es muy marcada y de los que solamente puede esperarse obtener que desempeñen las funciones elementales de la vida (idiocía) y aquéllos en los que la deficiencia es, ante todo, moral y que deben ser asistidos en *instituciones correccionales* («moral insanity»).

Los débiles de espíritu de tipo medio son más o menos susceptibles de la educación, pero su lugar no está en escuelas especiales sino que deben ser colocados en instituciones donde se haga un esfuerzo por acostumbrarlos a trabajos manuales fáciles y regulares *(Lobarterapia en Hogares, Jardín de Infantes).*

Las *Escuelas Especiales,* dentro de cada establecimiento, estarán destinadas a sujetos de debilidad mental poco acentuada; allí recibirán éstos una proporción profesional al tiempo que se procurará desenvolver su personalidad con vistas a adaptarlos a la vida social. Al salir de la Escuela Especial, el niño retrasado puede ser colocado en establecimientos de educación complementaria o en talleres de aprendizaje.

Se impondrá la creación de *Patronatos Postescolares* que vigilen y ayuden a los débiles mentales para que puedan encontrar una colocación que les permita aprovechar las enseñanzas de la escuela.

Se instituirán además el sistema de «*Clases o Escuelas de Adelantos*» para los casos de oligofrenia provisoria o sea debilidad mental no primitiva sino secundaria a otros factores (sordomudez, ceguera, etc.).

## Red Hospitalaria

### Plan de emergencia

El plan de emergencia tuvo su origen en el estado en que se encontraban los hospitales para alienados dependientes de la Secretaría de Salud Pública de la Nación.

Su aplicación inmediata y urgente fué impuesta por la imperiosa y ya impostergable necesidad de resolver el problema de la edificación, albergue, alimentación y asistencia médica de los alienados que encierran.

El plan de emergencia tiene ya definitivamente resueltos algunos problemas de significado vital y otros en vía de resolución.

Si consideramos la brevedad del tiempo transcurido y el trabajo realizado, creemos perfectamente factible que el pavoroso problema de los mentales a nuestro cargo, tendrá la solución de emergencia en el plazo prefijado; nos permitirá abocarnos, al plan quinquenal, asegurando la asistencia a todos los enfermos del sistema nervioso del territorio argentino, cualquiera fuera su índole: orgánica o funcional, médica o quirúrgica, de ambos sexos y de todas las edades.

### A) Readaptación de lo existente

Las necesidades de inmediata mejoría de las condiciones de alojamiento para hacerlos discretamente habitables, exigieron proyectos de mejoras ,refecciones, apertura de ventanas para obtener mejor ventilación; ensanche de salas volteando paredes, cambiando pisos de madera antihigiénicos por otros de baldosas de acuerdo con las exigencias hospitalarias; la realización de obras sanitarias para reemplazar las existentes tan descuidadas como sucias.

La única finalidad de todos estos trabajos llevados a cabo con carácter de preferente recomendación tiende a readaptar lo existente en la mejor forma y en la mayor brevedad. El objeto es llenar una necesidad de índole vital y de prestigio nacional.

1) Reedificación y reconstrucción

Los Servicios cuyo estado deplorable hacía imposible a la par que peligrosa su conservación, aquellos que exigían una inversión material no compensada, aconsejaron su demolición y reedificación o reconstrucción para convertirlos en pabellones cómodos y confortables.

*a)* Ampliación

La necesidad de ampliar los pabellones existentes para aumentar su capacidad de albergue, dada la triplicación de enfermos, fué contemplada con verdadero criterio de emergencia y solucionada con preferente rapidez. No se escatiman medios ni se limitan erogaciones.

Para lograr este propósito se ha impartido una orden: refeccionar, mejorar, ampliar y construir, si es necesario, para dar solución generosa a este serio problema médico y social.

B) Construir pabellones desarmables de emergencia

Uno de los recursos heróicos a los que el plan de emergencia podría echar mano constituiría en levantar pabellones desarmables con carácter emergentes para resolver el problema del hacinamiento a la mayor brevedad.

Dos son las finalidades de la medida: descongestionar la superpoblación de enfermos de algunos pabellones y permitir el deshalojo de otros con carácter transitorio, de los servicios que deben ser desocupados para ser sometidos a trabajos de albañilería, pintura y salubridad.

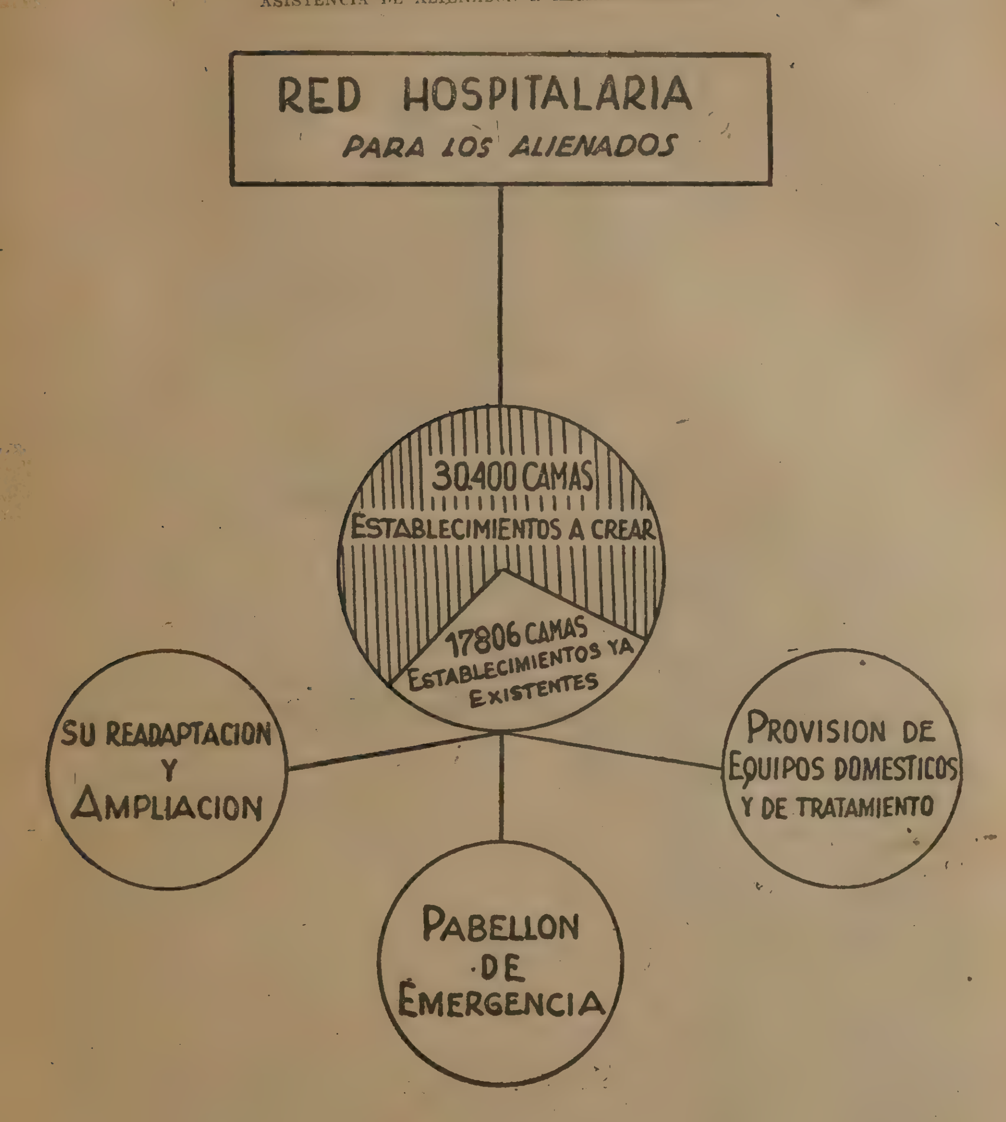
1) Colocados como anexos Psiquiatricos de Hospitales comunes

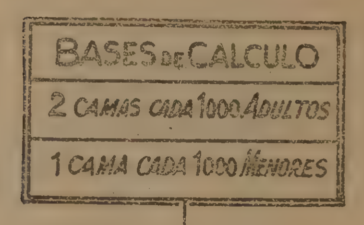
La gran afluencia de enfermos, con afecciones psiquiátricas neurológicas, neuroquirúrgicas y endócrinas, a los consultorios externos de los Hospitales especializados o no, planteó el problema de la conveniencia de habilitar pabellones anexos a hospitales comunes.

La finalidad será triple:

1.° Descongestionar la afluencia de enfermos psicopáticos o alienados de los nosocomios especializados, de por sí excesivamente concurridos, propendiendo a disminuir la plétora en sus Consultorios Externos.

2.° Dotar a los Hospitales comunes, o de clínica general, de Consultorios Externos para la asistencia de las afecciones Psiconeuro-endócrinas, llenando a no dudar, una sentida necesidad, al derivar a este tipo de enfermos hacia consultorios especializados, y


RED HOSPITALARIA
PARA LOS ALIENADOS
30.400 CAMAS
ESTABLECIMIENTOS A CREAR
17806 CAMAS
ESTABLECIMIENTOS YA EXISTENTES
SU READAPTACION Y AMPLIACION
PROVISION DE EQUIPOS DOMESTICOS Y DE TRATAMIENTO
PABELLON DE EMERGENCIA




UNIDADES

Cronicos — Agudos

| ZONAS (Miles: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) | |
|---|---|
| 1 CAPITAL FEDERAL | 4000 – 1000 |
| BARRACAS I | 1200 – 300 |
| Nva. POMPEYA II | 400 – 100 |
| LINIERS III | 1200 – 300 |
| BELGRANO IV | 1200 – 300 |
| 2 BUENOS AIRES V Zonas | 6400 – 1600 |
| 3 SANTA FE II zonas | 2250 – 750 |
| 4 CORDOBA III zonas | 2250 – 750 |
| 5 ENTRE RIOS II zona | 1200 – 400 |
| 6 TUCUMAN I zona | 750 – 250 |
| 7 Sgo. del ESTERO II zonas | 1000 – 300 |
| 8 MENDOZA II zonas | 1000 – 300 |
| 9 CORRIENTES II zonas | 1000 – 300 |
| 10 SAN JUAN I zona | 375 – 125 |
| 11 SALTA I zona | 375 – 125 |
| 12 LA RIOJA I zona | 225 – 75 |
| 13 CATAMARCA I zona | 225 – 75 |
| 14 SAN LUIS I zona | 375 – 125 |
| 15 JUJUY I zona | 225 – 75 |
| 16 CHACO y FORMOSA I zona | 750 – 250 |
| 17 MISIONES I zona | 375 – 125 |
| 18 PAMPA-NEUQUEN I zona | 375 – 125 |
| 19 R. NEGRO-CHUBUT S. CRUZ-T. del FUEGO I zona | 375 – 125 |

Ampliables al doble a los 5 años — Redistribucion de acuerdo al plan


SALTA
FORMOSA
CORRIENTES
POSADAS
AÑATUYA
CATAMARCA
MERCEDES
LA RIOJA
CONCORDIA
SAN JUAN
CORDOBA
RIO IV
STA FE
PARANA
ROSARIO
MENDOZA
SAN LUIS
V.MARIA
CAPITAL FEDERAL
LA PLATA
SAN RAFAEL
JUNIN
SANTA ROSA
TRES ARROYOS
BAHIA BLANCA
BELGRANO
BARRACAS
N.POMPEYA
LINIERS
RED HOSPITALARIA
PARA
ALIENADOS
REFERENCIAS
AGUDOS
CRONICOS

3.° Las dos primeras causas redundarían, a fin y al cabo en favor del plan de emergencia, ayudando a resolver el problema del hacinamiento y de la deficiente atención médica.

C) Habilitación de camas

Este tópico, aunque parezca trivial, en el plan de emergencia fué considerado con sumo interés. Reside en la «habilitación de camas» el germen de una solución: rompe con la tradición que el enfermo mental o sea el «loco» no tiene porqué no tener su lecho como cualquier enfermo de cualquier hospital. Este es uno de los problemas que el plan abordó con más decisión y es también de los pocos ya resueltos.

En adelante, al internarse un enfermo mental en un nosocomio adecuado tendrá indefectiblemente, su lecho de enfermo.

## PLAN DE CONSTRUCCIONES

Tomando en consideración al número de enfermos Neuro-Psiquiátricos, de acuerdo a las estadísticas rigurosamente elaboradas y controladas, se necesitará contruir hospitales para alienados en todo el territorio con capacidad de igual número de camas, de acuerdo al cálculo, para dar cabida y asistencia médica a todos los enfermos Neuro-Psiquiátricos del país.

BASES DE DISTRIBUCIÓN

El plan de construcciones de Hospitales para Alienados abarca todo el territorio y su beneficio inmediato y mediato se hará efectivo a todos los habitantes del país, está proyectado en consideración a las necesidades prácticas.

Base de calculo

2 camas por c/1.000 adultos
1 cama por c/1.000 menores

Base de distribución

| | | |
|---|---|---|
| Agudos | 25 % | Hombres, |
| Crónicos | 75 % | mujeres y |
| | | niños |

Capital Federal

La Capital Federal, con una población de 2.600.000 habitantes, presenta, además del porcentaje de enfermos que le corresponde por su número de habitantes, un adicional debido a la gran afluencia de pacientes desde el interior del país. Ello se explica por ser la sede indiscutible de los centros científicos.

En ella tienen asiento las distintas escuelas superiores con sus respectivas cátedras, que imparten su enseñanza superior, dando normas y nuevas orientaciones científicas a tono con el adelanto y progreso de la Ciencia Médica en esta especialidad.

Es por estas razones, que en las nuevas construcciones de hospitales Neuro-Psiquiátricos, para la Capital Federal, se contemplará a la par que las necesarias para satisfacer ampliamente sus necesides asistenciales, también la de un Hospital Modelo o, si se quiere, tipo Instituto.

Este Instituto tendrá la jerarquía científica, directriz, con respecto a los demás establecimientos similares.

En el Plan Quinquenal se le ha dedicado preferente atención. Dispondrá de 5.000 camas, 4.000 para crónicos y 1.000 para enfermos agudos. Está dividida en 4 zonas llamadas: Belgrano, Barracas, Nueva Pompeya y Liniers. En consecuencia, cada zona tendrá su correspondiente hospital para enfermos agudos, con capacidad de 300 camas cada uno, excepto el de Nueva Pompeya que sólo tendrá 100 camas.

Cada una de estas zonas tendrá un Hospital para enfermos Crónicos anexo al correspondiente Hospital Neuro-Psiquiátrico para enfermos agudos; tendrán una capacidad de 1.200 camas, excepto el de Nueva Pompeya que sólo tendrá 500 camas.

PROVINCIA DE BUENOS AIRES

La Provincia de Buenos Aires tiene una población de 3.756.676 habitantes según el último censo (año 1945). Es la provincia más poblada de la República y por lo tanto la que acusa el mayor porcentaje de enfermos del sistema nervioso y afecciones mentales: Psiquiatría, Neurología, Neurocirugía y Endocrinología. Dispondrá de 8.000 camas, 6.400 para crónicos y 1.600 para enfermos agudos.

En el plan quinquenal, para los fines de la estructura hospitalaria se ha dividido a la provincia en 4 zonas; cada una de ellas tiene por centro una ciudad importante por el número de habitantes y por su zona de influencia.

Estas zonas comprenden:

La Plata (I zona) capital de la provincia. Tiene una población de 170.000 habitantes. Tendrá un Hospital Neuro-Psiquiátrico para Agudos, mixto, para adultos y menores con una capacidad de 400 camas y un Hospital Neuro-Psiquiátrico para Cronicos, mixto para adultos y menores como anexo del hospital correspondiente para Agudos, con una capacidad de 1.600 camas. Tendrá las características ya descriptas para este tipo de hospital: estará ubicado en zona rural, en ambiente de grandes jardines y parques.

Bahía Blanca (II zona) situada al suroeste de la provincia. Es cabecera del Partido del mismo nombre; cuenta con una población de 100.000 habitantes, y comprende una vasta zona densamente poblada. Tendrá un Hospital Neuro-Psiquiátrico para Agudos, con capacidad de 400 camas y en la zona rural otro Hospital Neuro-Psiquiátrico para Crónicos anexo correspondiente al Agudo, con capacidad de 1.600 camas.

Junín (III zona) situada al norte de la Provincia. Cuenta con una población de 35.000 habitantes. Es la ciudad más importante de la zona norte de la provincia. Tendrá un hospital Neuro-Psiquiátrico para Agudos, integral, con capacidad de 400 camas y su anexo Crónico correspondiente con una capacidad de 1.600 camas.

Tres Arroyos (IV zona) Es la ciudad más importante al sur de la provincia. Cuenta con 35.000 habitantes. Tendrá dos hospitales Neuro-Psiquiátricos uno para Agudos en la misma ciudad con capacidad de 400 camas y otro anexo para Crónicos con capacidad de 1.600 camas.

PROVINCIA DE SANTA FE

Es la provincia que le sigue en número de habitantes a la de Buenos Aires, pues tiene una población de 1.775.000 habitantes. Tendrá 3.000 camas, 2.250 para enfermos crónicos y 750 para agudos.

Se la dividió en 2 zonas debido a que en esta provincia existen ya hospitales Neuro-Psiquiátricos provinciales y otro Nacional de cierta importancia.

En el Plan Quinquenal, está prevista la construcción de 2 hospitales: uno de la ciudad de Santa Fe, capital de la provincia, que cuenta con una población de 150.000 habitantes; será para Agudos y tendrá una capacidad de 375 camas; y otro anexo Crónico correspondiente, con capacidad de 1.125 camas.

La ciudad de Rosario, al sur de la provincia, que cuenta con una población de 550.000 habitantes, tendrá asimismo su hospital para Agudos con capacidad de 375 camas, y otro Hospital Neuro-Psiquiátrico para Crónicos, anexo, integral, tipo colonia, con una capacidad de 1.125 camas.

PROVINCIA DE CORDOBA

Tiene una población de 1.400.000 habitantes. Se la dividirá en 3 zonas. Se habilitarán 3.000 camas, 2.250 para crónicos y 750 para agudos.

Córdoba (I zona) Capital de la provincia, con población de 320.000 habitantes, tendrá un Hospital Neuro-Psiquiátrico para Agudos, con capacidad de 250 camas y otro anexo correspondiente para crónicos con capacidad de 750 camas.

Río Cuarto (II zona) Situada al oeste de la provincia, con una población de 60.000 habitantes. Tendrá un Hospital Neuro-Psiquiátrico para Agudos con capacidad de 250 camas y otro anexo Crónico correspeodiente, con una capacidad de 750 camas.

Villa María (III zona). Situada en el centro de la provincia. Cuenta con 40.000 habitantes; se construirán 2 hospitales, uno para Agudos con capacidad de 250 camas y otro para Crónicos, con capacidad de 750 camas.

PROVINCIA DE ENTRE RIOS

Esta provincia cuenta con una población de 856.082 habitantes. En el plan quinquenal se le asignan 2 zonas. Dispondrá de 1.600 camas: 1.200 para crónicos y 400 para enfermos agudos.

Paraná (I zona). Capital de la provincia, con una población de 80.000 habitantes, tendrá un hospital Neuro-Psiquiátrico integral para Agudos, con una capacidad de 200 y su anexo para Crónicos, con las características ya establecidas y con capacidad de 600 camas.

Concordia (II zona). Situada al noroeste de la provincia, con población de 40.000 habitantes. Tendrá un Hospital Neuro-Psiquiátrico integral para Agudos con una capacidad de 200 camas y otro anexo para Crónicos, tipo colonia, con capacidad de 600 camas.

PROVINCIA DE TUCUMAN

Su población es de 578.700 habitantes. Para la aplicación del plan quinquenal se la dividió en 2 zonas. Contará con 1.000 camas, 750 para Crónicos y 250 para enfermos Agudos.

Tucumán (I zona). Capital de la provincia, tendrá un Hospital Neuro-Psiquiátrico para Agudos, con capacidad de 125 camas y otro Crónico anexo correspondiente, con capacidad de 375 camas.

Tafí Viejo (II zona). Se construirán 2 hospitales. Uno para Agudos con capacidad de 125 camas y otro para Crónicos integral, con capacidad de 375 camas.

PROVINCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO

Esta provincia tiene una población de 600.000 habitantes, se la dividirá en 2 zonas. Dispondrá de 1.300 camas, 1.000 para enfermos crónicos y 300 para Agudos.

Santiago del Estero (I zona). Su capital con 63.000 habitantes. Tendrá 2 hospitales. Uno para Agudos con capacidad de 150 camas y otro anexo para Crónicos con 500 camas.

Añatuya (II zona). Situada al S. E. de la provincia, con una población de 12.916 habitantes, se la dotará de 2 hospitales Neuro-Psiquiátricos, uno para enfermos agudos con capacidad de 150 camas, y otro para Crónicos, con capacidad de 500 camas.

### PROVINCIA DE MENDOZA

Tiene una población de 557.071 habitantes. Se la dividirá en dos zonas. Le corresponderá 1.300 camas, 1.000 para enfermos Crónicos y 300 para Agudos.

Mendoza (I zona). Capittal situada al norte de la provincia, con una población de 110.000 habitantes. Se le asignan 2 hospitales. Uno para Agudos con capacidad de 150 camas y otro para Crónicos anexo al primero, con capacidad de 500 camas.

San Rafael (II zona) Se halla en el centro de la provincia, y tiene una población de 20.000 habitantes. Contará con 2 Hospitales Neuro-Psiquiátricos: Uno para Agudos, con 150 camas, y otro para Crónicos, con 500 camas.

### PROVINCIA DE CORRIENTES

Su población es de 595.437 habitantes. El plan quinquenal le asigna 2 zonas. Tendrá 1.300 camas, 1.000 para enfermos Crónicos y 300 para Agudos.

Corrientes (I zona). Capital de la provincia en el extremo N. E. sobre el río Paraná; tiene una población de 71.000 habitantes. Contará con un Hospital Neuro-Psiquiátrico para enfermos Agudos con capacidad de 150 camas y otro para enfermos Crónicos anexo al anterior, con capacidad de 500 camas.

Mercedes. Situada en el oeste de la provincia, tiene una población de 23.000 habitantes. Se la dotará de 2 hospitales. Uno para enfermos Agudos con capacidad de 150 camas y otro para enfermos Crónicos con una capacidad de 500 camas.

### PROVINCIA DE SAN JUAN

Esta provincia tiene una población de 234.594 habitantes. Se le atribuyen 500 camas, 375 para Crónicos y 125 para Agudos. El plan quinquenal le asigna una sola zona en la que se halla San Juan, capital de la provincia, situada al sud de la misma y con 31.000 habitantes (antes del terremoto). Tendrá 2 hospitales, el hospital para enfermos Agudos, con 125 camas, y el de Crónicos correspondiente con 375 camas.

### PROVINCIA DE SALTA

Esta provincia norteña tiene una población de 222.713 habitantes. Se le asigna una zona. Se habilitarán 500 camas, 375 para Crónicos y 125 para enfermos Agudos.

Salta. Capital de la provincia. Situada en su centro, con una población rural de 44.000 habitantes, tendrá 2 hospitales, uno para enfermos Agudos con capacidad de 125 camas y otro para Crónicos, con una capacidad de 375 camas.

PROVINCIA DE LA RIOJA

Esta provincia tiene una población de 116.599 habitantes. Dispondrá de 300 camas, 225 para Crónicos y 75 para enfermos Agudos. Se le asigna una zona en la que La Rioja, su capital ,que cuenta con 18.300 habitantes, tendrá 2 hospitales. Uno para Agudos con capacidad de 75 camas y otro para enfermos Crónicos con capacidad de 225 camas.

PROVINCIA DE SAN LUIS

Tiene una población de 210.117 habitantes. Le corresponden 500 camas, 375 para Crónicos y 125 para enfermos Agudos. Contará de una sola zona.

San Luis. Capital de la provincia, con 30.604 habitantes, tendrá 2 hospitales. Uno para enfermos Agudos con una capacidad de 125 camas y otro para enfermos Crónicos, con una capacidad de 375 camas.

PROVINCIA DE JUJUY

Cuenta con una población de 142.391 habitantes. Ha de contar con 300 camas, 225 para Crónicos y 75 para Agudos.

En su única zona, Jujuy, su capital, situada al sud de la provincia, y que cuenta con 26.500 habitantes, tendrá 2 hospitales con los características enunciadas. El Hospital para Agudos, con capacidad de 75 camas, y el de Crónicos con 225 camas.

PROVINCIA DE CATAMARCA

Tiene una población de 134.762 habitantes. Ha de disponer de 300 camas, 225 para enfermos Crónicos y 75 para Agudos. Su Capital, Catamarca, tiene una población de 25.000 habitantes. En esta ciudad se edificarán 2 hospitales. Uno para Agudos con capacidad de 75 camas y otro para Crónicos con una capacidad de 225 camas.

TERRITORIOS DE CHACO Y FORMOSA

Estos territorios tienen en cojunto 508.391 habitantes. Tendrán 1.000 camas, 750 para enfermos Crónicos y 250 para Agudos. El plan quinquenal les asigna 2 zonas.

*Resistencia* (I zona). Capital del territorio del Chaco, situada al oeste tiene una población de 52.300 habitantes, más 25.000 de población suburbana y rural. Tendrá 2 hospitales. El de enfermos Agudos tendrá una capacidad de 125 camas y el de Crónicos, una capacidad de 375 camas.

*Formosa* (II zona). Capital del territorio de Formosa y con población de 15.000 habitantes, tendrá asimismo 2 hospitales Neuro-Psiquiátricos, el de Agudos, con una capacidad de 125 camas y el de enfermos Crónicos con una capacidad de 375 camas.

### TERRITORIO DE MISIONES

Tiene una población de 197.58$^2$ habitantes. Contará con 500 camas, 375 para Crónicos y 125 para Agudos. Su capital, Posadas, situada al sud del territorio, tiene 33.000 habitantes. Se le asignan 2 hospitales Neuro-Psiquiátricos. El Hospital para enfermos Agudos, tendrá una capacidad de 125 camas y el de enfermos Crónicos, una capacidad de 375 camas.

### TERRITORIOS DE PAMPA Y NEUQUÉN

Tienen en conjunto 237.352 habitantes. Dispondrá de 500 camas, 375 para enfermos Crónicos, y 125 para enfermos Agudos.

Santa Rosa, capital de la Pampa, situada al oeste de la misma, y con población de 14.000 habitantes, tendrá 2 hospitales Neuro-Psiquiátricos. Uno para enfermos Agudos con capacidad de 125 camas y otro para enfermos Crónicos cuya capacidad será de 375 camas.

### TERRITORIOS DE RÍO NEGRO, SANTA CRUZ, CHUBUT Y TIERRA DEL FUEGO

El plan quinquenal, agrupa estos territorios en una única zona, cuya población es de 214.050 habitantes. Se le asignan 500 camas, repartidas en 375 para Crónicos y 125 para Agudos. A Comodoro Rivadavia, situada al sur del territorio del Chubut y que cuenta con 22.000 habitantes, se le dotará de 2 Hospitales Neuro-Psiquiátricos: uno para enfermos Agudos con una capacidad de 125 camas y otro para enfermos Crónicos anexo correspondiente al primero, y con capacidad de 375 camas.

## ORDEN DE PRELACION

En lo referente a la prelación con que deben ejecutarse las construcciones, se presentan dos puntos de vista.

Uno de ellos, teniendo en cuenta las características de la enfermedad que requiere más urgente atención; éste ha quedado solucionado dada la función integral de cada hospital.

El otro punto de vista y el que precisamente debemos abordar, es teniendo en cuenta las necesidades de cada zona o territorio.
dar es teniendo en cuenta las necesidades de cada zona o territorio.

El adjunto diagrama indica estas últimas en todo el país y el orden de prelación con que deben ejecutarse los trabajos.

### AÑO 1947

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Cap. Federal (IV zona) | Belgrano ... | 1 Hosp. para Agudos | 300 | camas |
| » » » | » ... | 1 » (Anexo) para Crónicos .......... | 1200 | » |
| P. de B. Aires (I zona) | La Plata ... | 1 Hosp. para Agud. | 400 | » |
| » » » » » » | » » ... | 1 Hospital para Crónicos .............. | 1600 | » |

| | | | |
|---|---|---|---|
| P. de S. del Estero (I zona) S. del E. | 1 | Hosp. para Agudos | 150 camas |
| » » » » » » » » » » | 1 | » (Anexo) para Crónicos ...... | 500 » |
| P. de Mendoza (I zona) Mendoza ... | 1 | » para Agudos | 150 » |
| » » » » » » ... | 1 | » (Anexo) para Crónicos ..... | 500 » |
| T. Chaco y Formosa (I zona) Resistencia ........................ | 1 | Hosp. para Agudos | 125 » |
| T. Chaco y Formosa (I zona) Resistencia ............................ | 1 | » (Anexo) para Crónicos ...... | 375 » |
| T. de R. Negro, Chubut, S. Cruz y T. del Fuego (I zona) Comodoro Rivadavia ........................ | 1 | Hosp. para Agudos | 125 » |
| T. de R. Negro, Chubut, S. Cruz y T. del Fuego (I zona) Comodoro Rivadavia ........................ | 1 | » (Anexo) para Crónicos ..... | 375 » |
| Provincia de Jujuy: Jujuy .......... | 1 | Hosp. para Agudos | 75 » |
| » » » » .......... | 1 | » (Anexo) para Crónicos ..... | 225 » |
| | 14 | Hospitales ...... | 6100 camas |

(7 neuropsiquiátricos para agudos con 7 anexos para crónicos).

## AÑO 1948

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cap. Federal (II zona) N. Pompeya | 1 | Hosp. para Agudos | 100 camas |
| » » » » » » | 1 | » (Anexo) para Crónicos ..... | 400 » |
| P. de B. Aires (II zona) B. Blanca | 1 | Hosp. para Agudos | 400 » |
| » » » » » » » » | 1 | » (Anexo) para Crónicos ...... | 1600 » |
| Prov. de Salta. Salta .............. | 1 | Hosp. para Agudos | 125 » |
| » » » » ............. | 1 | » (Anexo) para Crónicos ...... | 375 » |
| » » Entre Ríos (I zona) Paraná ............................ | 1 | Hosp. para Agudos | 200 » |
| Prov. de Entre Ríos (I zona) Paraná ............................ | 1 | » (Anexo) para Crónicos ...... | 600 » |
| Prov. de Santa Fe (II zona) Rosario ............................ | 1 | Hosp. para Agudos | 375 » |
| Prov. de Santa Fe (II zona) Rosario ............................ | 1 | » (Anexo) para Crónicos ...... | 1125 » |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Prov. de Tucumán (I zona) Tucumán | 1 Hosp. para Agudos | 125 | camas |
| » » » » » » | 1 » (Anexo) para Crónicos ..... | 375 | » |
| » » de La Rioja. La Rioja .. | 1 Hosp. para Agudos | 75 | » |
| » » » » » » » .. | 1 » (Anexo) para Crónicos ...... | 225 | » |
| | 14 Hospitales | 6100 | camas |

7 neuropsiquiátricos para agudos con 7 anexos para crónicos.

## AÑO 1949

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cap. Federal (I zona) Barracas ... | 1 Hosp. para Agudos | 300 | camas |
| » » » » » .... | 1 » (Anexo) para Crónicos ...... | 1200 | » |
| Prov. de B. Aires (IV zona) Tres Arroyos ........................ | 1 Hosp. para Agudos | 400 | » |
| Prov. de B. Aires (IV zona) Tres Arroyos ........................ | 1 » (Anexo) para Crónicos ...... | 1600 | » |
| Prov. de Santa Fe (I zona) Santa Fe ............................ | 1 Hosp. para Agudos | 375 | » |
| Prov. de Santa Fe (I zona) Santa Fe ............................ | 1 » (Anexo) para Crónicos ..... | 1125 | » |
| Prov. de Córdoba (I zona) Córdoba .. | 1 Hosp. para Agudos | 250 | » |
| » » » » » » .. | 1 » (Anexo) para Crónicos ..... | 750 | » |
| » » Catamarca. Catamarca .... | 1 Hosp. para Agudos | 75 | » |
| » » » » .... | 1 » (Anexo) para Crónicos ...... | 225 | » |
| T. de La Pampa y Neuquén. Santa Rosa .......................... | 1 Hosp. para Agudos | 125 | » |
| T. de La Pampa y Neuquén. Santa Rosa .......................... | 1 » (Anexo) para Crónicos ...... | 375 | » |
| Prov. de Entre Ríos (II zona) Concordia .......................... | 1 Hosp. para Agudos | 200 | » |
| Prov. de Entre Ríos (II zona) Concordia .......................... | 1 » (Anexo) para Córnicos ...... | 600 | » |
| | 14 Hospitales | 7600 | camas |

7 neuropsiquiátricos para agudos y 7 anexos para crónicos.

## AÑO 1950

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cap. Federal (III zona) Liniers ... | 1 | Hosp. para Agudos | 300 camas |
| » » » » » ... | 1 | » (Anexo) para Crónicos ..... | 1200 » |
| Prov. de Bs. Aires (III zona) Junín ..... | 1 | Hosp. para Agudos | 400 » |
| Prov. de Bs. Aires (III zona) Junín ..... | 1 | » (Anexo) para Crónicos ...... | 1600 » |
| Prov. de San Luis. San Luis ..... | 1 | Hosp. para Agudos | 125 » |
| » » » » » » ..... | 1 | » (Anexo) para Crónicos ..... | 375 » |
| » » Corrientes (I zona) Corrientes ..... | 1 | Hosp. para Agudos | 150 » |
| Prov. de Corrientes (I zona) Corrientes ..... | 1 | » (Anexo) para Crónicos ...... | 500 » |
| Prov. de San Juan. San Juan ..... | 1 | Hosp. para Agudos | 125 » |
| » » » » » » ..... | 1 | » (Anexo) para Crónicos ...... | 375 » |
| » » Córdoba (II zona) Cródoba | 1 | Hosp. para Agudos | 250 » |
| » » » » » » | 1 | » (Anexo) para Crónicos ...... | 750 » |
| » » Misiones. Misiones ....... | 1 | Hosp. para Agudos | 125 » |
| » » » » ....... | 1 | » (Anexo) para Crónicos ...... | 375 » |
| | 14 | Hospitales | 6650 camas |

7 neuropsiquiátricos para agudos y 7 anexos para crónicos.

## AÑO 1951

| | | | |
|---|---|---|---|
| Prov. de Córdoba (III zona) Villa María ..... | 1 | Hosp. para Agudos | 250 camas |
| Prov. de Córdoba (III zona) Villa María ..... | 1 | » (Anexo) para Crónicos ..... | 750 » |
| Prov. de Tucumán (II zona) Tafí Viejo ..... | 1 | Hosp. para Agudos | 125 » |
| Prov. de Tucumán (II zona) Tafí Viejo ..... | 1 | » (Anexo) para Crónicos ...... | 375 » |
| Prov. de S. del Estero (II zona) Añatuya ..... | 1 | Hosp. para Agudos | 150 » |
| Prov. de S. del Estero (II zona) Añatuya ..... | 1 | » (Anexo) para Crónicos ..... | 500 » |

| | | |
|---|---|---|
| Prov. de Mendoza (II zona) San Rafael ............................ | 1 Hosp. para Agudos | 150 camas |
| Prov. de Mendoza (II zona) San Rafael ............................ | 1 » (Anexo) para Crónicos ...... | 500 » |
| Prov. de Corrientes (II zona) Mercedes ............................ | 1 Hosp. para Agudos | 150 » |
| Prov. de Corrientes (II zona) Mercedes ............................ | 1 » (Anexo) para Crónicos ...... | 500 » |
| T. Chaco y Formosa (II zona) Formosa | 1 Hosp. para Agudos | 125 » |
| » » » » » » » | 1 » (Anexo) para Crónicos ...... | 375 » |
| | 12 Hospitales | 3950 camas |

6 neuropsiquiátricos para agudos y 6 anexos para crónicos.

## RESUMEN DE LA INVERSION DE PESOS

| AÑO | 1947 | 1948 | 1949 | 1950 | 1951 |
|---|---|---|---|---|---|
| Inversión en pesos | 30.000.000 | 30.000.000 | 37.500.000 | 33.000.000 | 19.500.000 |
| Porcentaje aproximado | 20 % | 20 % | 25 % | 22 % | 13 % |

## RESUMEN DE EJECUCION POR NUMERO DE CAMAS

| AÑO | 1947 | 1948 | 1949 | 1950 | 1951 |
|---|---|---|---|---|---|
| Número de camas | 6.100 | 6.100 | 7.600 | 6.650 | 3.950 |
| Porcentaje aproximado | 20 % | 20 % | 25 % | 22 % | 13 % |

## RESUMEN DE LAS CONSTRUCCIONES

| | 1947 | | | 1948 | | | 1949 | | | 1950 | | | 1951 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | H. | CA. | CC. | H. | CA. | CC. | H. | CA. | CC. | H. | CA. | CC. | H. | CA. | CC. |
| **1. Capital Federal** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barracas (I)........ | | | | | | | 2 | 300 | 1200 | | | | | | |
| N. Pompeya (II)... | | | | 2 | 100 | 400 | | | | | | | | | |
| Liniers (III)........ | | | | | | | | | | 2 | 300 | 1200 | | | |
| Belgrano (IV)...... | 2 | 300 | 1200 | | | | | | | | | | | | |
| **2. Pcia. Buenos Aires** | | | | | | | | | | | | | | | |
| La Plata (I)........ | 2 | 400 | 1600 | | | | | | | | | | | | |
| Bahía Blanca (II).. | | | | 2 | 400 | 1600 | | | | | | | | | |
| T. Arroyos (III).... | | | | | | | 2 | 400 | 1600 | | | | | | |
| Junín (IV)......... | | | | | | | | | | 2 | 400 | 1600 | | | |
| **3. Córdoba** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Córdoba (I)........ | | | | | | | 2 | 250 | 750 | | | | | | |
| Río Cuarto (II).... | | | | | | | | | | 2 | 250 | 750 | | | |
| V. María (III)..... | | | | | | | | | | | | | 2 | 250 | 750 |
| **4. Santa Fe** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Santa Fe (I)........ | | | | | | | 2 | 375 | 1125 | | | | | | |
| Rosario (II)........ | | | | 2 | 375 | 1125 | | | | | | | | | |
| **5. Entre Ríos** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Paraná (I).......... | | | | 2 | 200 | 600 | | | | | | | | | |
| Concordia (II)...... | | | | | | | 2 | 200 | 600 | | | | | | |
| **6. Tucumán** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tucumán (I)....... | | | | 2 | 125 | 375 | | | | | | | | | |
| Taff Viejo (II)..... | | | | | | | | | | | | | 2 | 125 | 375 |
| **7. Santiago del Estero** | | | | | | | | | | | | | | | |
| S. del Estero (I)... | 2 | 150 | 500 | | | | | | | | | | | | |
| Añatuya (II)....... | | | | | | | | | | | | | 2 | 150 | 500 |
| **8. Mendoza** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mendoza (I)........ | 2 | 150 | 500 | | | | | | | | | | | | |
| San Rafael (II)..... | | | | | | | | | | | | | 2 | 150 | 500 |
| **9. Corrientes** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Corrientes (I)...... | | | | | | | | | | 2 | 150 | 500 | | | |
| Mercedes (II)....... | | | | | | | | | | | | | 2 | 150 | 500 |
| **10. San Juan** | | | | | | | | | | | | | | | |
| San Juan........... | | | | | | | | | | 2 | 125 | 375 | | | |
| **11. Salta** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Salta............... | | | | 2 | 125 | 375 | | | | | | | | | |
| **12. La Rioja** | | | | | | | | | | | | | | | |
| La Rioja........... | | | | 2 | 75 | 225 | | | | | | | | | |
| **13. San Luis** | | | | | | | | | | | | | | | |
| San Luis........... | | | | | | | | | | 2 | 125 | 375 | | | |
| **14. Catamarca** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Catamarca.......... | | | | | | | 2 | 75 | 225 | | | | | | |
| **15. Jujuy** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jujuy............... | 2 | 75 | 225 | | | | | | | | | | | | |
| **16. Chaco y Formosa** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resistencia (1)...... | 2 | 125 | 375 | | | | | | | | | | | | |
| Formosa (II)....... | | | | | | | | | | | | | 2 | 125 | 375 |
| **17. Misiones** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Posadas............ | | | | | | | | | | 2 | 125 | 375 | | | |
| **18. Pampa y Neuquén** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Santa Rosa......... | | | | | | | 2 | 125 | 375 | | | | | | |
| **19. Río Negro, Chubut, S. Cruz y Tierra del Fuego** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Com. Rivadavia | 2 | 125 | 375 | | | | | | | | | | | | |
| Totales.......... | 14 | 1325 | 4775 | 14 | 1400 | 4700 | 14 | 1725 | 5875 | 14 | 1475 | 5175 | 12 | 950 | 3000 |

H: Hospitales CA: Camas para agudos CC: Camas para crónicos

## RELACION CON EL PROYECTO DE CODIGO SANITARIO
### Creación de la Comisión Asesora Neuropsiquiátrica

Ningún plan racional tendiente a prevenir, a organizar y a asegurar la asistencia de los alienados puede cumplir adecuadamente sus finalidades sin contar con un centro coordinador de todos los estudios e investigaciones desarrollados en los dominios de la patología mental. De acuerdo con este criterio se impone la creación de un «Instituto de Estudios Psiquiátricos» que podrá ser anexado o funcionar en el Hospital Psiquiátrico, que será erigido en la Capital Federal, — para aprovechar su cuantioso material clínico—, cuya finalidad será la de esclarecer las causas predisponentes y determinantes de las afecciones mentales y también la de investigar y promover o proponer las medidas más adecuadas para la profilaxis y el tratamiento de las mismas, a cuyo efecto se organizará en aquél: a) una sección de demografía y genealogía, a fin de estudiar de modo preciso y con el auxilio de las nociones genéticas más modernas el rol desempeñado por la herencia en el origen y la evolución de los trastornos mentales; b) una sección destinada a establecer la importancia e influencia de los factores externos, especialmente de los sociales, en la eclosión de las enfermedades nerviosas y mentales, así como de las medidas higiénicas más apropiadas para neutralizar las influencias nocivas del ambiente y de la vida social; c) un laboratorio montado y ampliamente dotado para realizar investigaciones anatómicas, histológicas, fisiológicas, anátomo e histopatoloógicas, químicas, etc., y finalmente, de una biblioteca especializada con su fichero bien organizado para facilitar las investigaciones bibliográficas.

**44) Promover, organizar y|o coordinar la acción tendiente a prevenir las enfermedades psíquicas y mentales y asegurar la asistencia médica y social de los enfermos, de tarados y alienados.**

Para dar cumplimiento a este plan, la Secretaría de Salud Pública procederá a la creación previa de un Instituto Nacional de Estudios Psiquiátricos, cuya finalidad, organización y funcionamiento se ajustará a las siguientes directivas generales:

a) Investigar las causas predisponentes y determinantes de las afecciones mentales y establecer las medidas profilácticas más adecuadas para prevenirlas, así también como las normas y métodos fundamentales de su asistencia y tratamiento pre, intra y post-nosocomial.

b) Investigar la importancia de los factores internos, y entre ellos principalmente el de la herencia, en el origen y en la evolución de las afecciones mentales.

c) Investigar la importancia de los factores externos, especialmente de los sociales, en la eclosión de las afecciones mentales.

d) Establecer las medidas eugénicas y de higiene mental más indicadas para luchar contra los factores internos y externos de las afecciones mentales.

e) A los efectos de lo dispuesto en artículos precedentes el «Instituto Nacional de Estudios Psiquiátricos», cuyo funcionamiento deberá establecerse dentro del Hospital Psiquiátrico de mayor categoría de la Capital Federal, para aprovechar debidamente su material clínico, deberá tener laboratorios bien montados y perfectamente dotados y constar de las siguientes secciones:

1) Demografía, Genética y Genealogía,
2) Anátomo e Histopatológica.
3) Fisiológica y Psicológica Experimental.
4) Clínica.

49). **Promover la construcción, ampliación y reforma de los establecimientos públicos destinados a fines sanitarios o asistenciales; acordar o denegar la autorización para fundar nuevos establecimientos o ampliar los existentes; determinar su ubicación; dar normas y adoptar programas en su consecuencia y promover a su construcción.**

El desarrollo de estas disposiciones se hará conforme a los lineamientos especificados en el «Plan Quinquenal»; y a lo establecido en la ley de asistencia de alienados cuya sanción es imprescindible y cuyas cláusulas principales así como su reglamentación ulterior deberán prever los siguientes aspectos generales:

a) *forma de la asistencia* (manicomial, homofamiliar y heterofamiliar).

b) *clase de establecimientos* (cerrados, abiertos y mixtos); públicos (hospitales psiquiátricos y colonias), y privados (condiciones básicas que deben requerir su instalación y sus direcciones técnicas).

c) *tipo de internación* (voluntaria, involuntaria, a pedido de la familia o del curador por consejo y con certificación médica), por orden policial y por orden judicial.

d) Trámites y formas de egreso (a título de ensayo y altas definitivas).

e) Creación de una Comisión Inspectora de establecimientos públicos y privados a fin de vigilar su funcionamiento y la asistencia y tratamiento de los alienados.

b) Creación de una Comisión Protectora o Patronato de Alienados, y finalmente.

g) Modificación de los artículos pertinentes del Código Civil, facultando la designación inmediata y precaria de administradores provisorios para los casos de enfermedades mentales de corta evolución.

50) **Acordar o denegar la autorización para fundar o establecer nuevos establecimientos privados de asistencia médica o social, o ampliar los existentes.**

La cuestión de la asistencia psiquiátrica, realizada por establecimientos particulares, ha de ser contemplada especialmente en una ley sobre asistencia de alienados, que debe dictarse al respecto, estableciendo sobre este particular que: la Secretaría de Salud Pública tendrá la obligación de efectuar la vigilancia e inspección de todo establecimiento que se dedique a la asistencia de enfermos alienados.

Con este fin, la Secretaría antes nombrada contará con una sección especializada que entenderá directamente en todos los asuntos, y para la habilitación de nuevos establecimientos o la ampliación de los existentes, se regirá por una reglamentación que determinará en forma clara las condiciones que deben llenar los médicos-directores, la ubicación que debe tener el establecimiento, el cubaje y dimensiones de las habitaciones, las condiciones que deben llenar las obras sanitarias y las instalaciones más elementales con que debe contar.

El cumplimiento exacto de esa reglamentación se hará efectivo por medio de médicos-inspectores, que determinarán si el establecimiento se encuentra en condiciones reglamentarias o fijarán el plazo que se les debe dar para ponerse en esas condiciones y, en casos especiales, podrán aconsejar también su clausura.

## Proyecto de Reglamentación

Se abrirá en la Secretaría de Asistencia de Alienados e Higiene Mental un registro donde los establecimientos particulares que se dediquen a la asistencia de enfermos mentales, solicitarán su inscripción.

La inscripción deberá ser solicitada por el o los directores del establecimiento, quienes deberán ser médicos especializados.

Los citados médicos, para ser considerados médicos especializados, deberán acreditar 5 (cinco) años de antigüedad en la especialidad o poseer título de médico o neuropsiquiatra, o médico legista, o pertenecer a las cátedras de Psiquiatría, Neurología o Medicina Legal.

Los Directores de los establecimientos deben declarar la capacidad exacta del establecimiento y cuando resuelvan aumentar-

la, tendrán la obligación de comunicarlo a esta Secretaría. La ubicación del edificio será adecuada (alejada de los barrios céntricos); debiendo estar aislada de los vecinos, dos (2) metros por lo menos de la pared medianera. Las habitaciones deberán llenar los requisitos exigidos por la higiene moderna. Todas las habitaciones deben tener abertura al exterior. Las que sean para un solo enfermo tendrán como mínimo 3x2.50 m. y de altura 3 m. Cuando sean dedicadas a dos enfermos tendrán como mínimo 4x4 mts. y la altura estipulada en el artículo anterior. En el caso de salas comunes, éstas tendrán el cubaje necesario al número de enfermos. En los cuartos de baño queda prohibido el uso de cadenas, manijas, etc., y todo artefacto que constituya un peligro para la seguridad del enfermo. En los pabellones destinados a enfermos gatosos, los pisos deben ser de mosaicos o material similar, con un zócalo hasta un metro y medio de azulejos, mosaicos o material similar. La unión de las paredes con el cielorraso y el piso no hará ángulos. Todos los baños deberán poseer servicio de agua caliente. Todos los ambientes deberán poseer calefacción. Existirá en el establecimiento un local apropiado para cadáveres. Este local también estará dotado de suelo impermeable y un zócalo de azulejos y material similar, hasta un metro y medio.

Los enfermos podrán ser internados: a) Por su voluntad, en cuyo caso el enfermo llenará una solicitud a su ingreso; b) Por orden Judicial; c). Con dos certificados médicos que atestigüen que el enfermo padece de alienación mental. Los enfermos estarán separados en pabellones distintos, según su sexo. El establecimiento tendrá que mantener servicio médico permanente. Poseerá un libro de entradas que estará a disposición de los médicos inspectores de la Secretaría de Salud Pública, donde conste nombre del enfermo, fecha de ingreso, sintomatología que presentaba el día del ingreso, diagnóstico de presunción y número de la historia clínica. Fecha del alta o retiro del enfermo. En las salas o pabellones de vigilancia deberá haber un enfermero cada diez enfermos como mínimo y los serenos en la misma proporción.

54) **Promover, organizar, coordinar y fiscalizar las obras de asistencia social en vista a todas las formas de invalidez, o destinadas a rehabilitar la capacidad física o mental.**

El problema que plantea un enfermo afectado con un sindrome mental es indudablemente serio; en forma repentina, muchas veces, un sujeto en el máximo de su capacidad y rendimiento, queda invalidado, temporaria o definitivamente.

Así, pues, su situación debe ser contemplada y estudiada con toda seriedad.

Debe, ante todo, considerarse la atención del enfermo, su tratamiento y su cuidado y, posteriormente, en el caso de su curación, su rehabilitación o su readaptación.

Y como problema social debe considerarse la familia, ya que en el caso de enfermedad del que se encarga de su subsistencia, quedan en la indigencia.

El problema de la atención del enfermo se soluciona dotando al país de establecimientos modelos, con todos los adelantos en materia de terapéutica psiquiátrica, dirigidos por médicos competentes, con el fin de poder luchar con las mayores probabilidades de éxito para la curación del enfermo.

En cuanto a la situación familiar, la mejor solución es el seguro social a la invalidez, en forma de prima, o jubilación, etc., mediante el cual se pueden solventar las necesidades más imperiosas.

Pero son los servicios sociales de los cuales están dotados modernamente todos los frenocomios, los que en este sentido son los auxiliares más preciados con que se cuenta, tanto para solventar la situación del enfermo, orientarlo, conseguirle ubicación en un establecimiento adecuado, situarle luego en el medio familiar y tratar de buscarle solución a los problemas más inmediatos.

En cada Hospital Psiquiátrico debe haber un servicio social completo, con una Visitadora Jefe y un número de visitadoras proporcional a la capacidad del nosocomio y a la cantidad de enfermos concurrentes a sus consultorios externos.

El mismo servicio debe instalarse asimismo en todo dispensario o consultorio donde se atiendan enfermos psicópatas.

A pesar de que cada servicio social aparentemente tendrá independencia en su trabajo, deberá actuar en forma coordinada con los distintos servicios, con el objeto de obtener el mayor rendimiento en beneficio del enfermo.

En el State Hospital de Manhattan se aplica el siguiente plan de acción:

**1.° En el momento de la admisión del enfermo**

a) Búsqueda de parientes y amigos que se interesen en él.
b) Mejoramiento de las condiciones del medio.
c) Establecimiento de datos de orden social concernientes al enfermo.

**2.° Durante la hospitalización**

a) Continuación del trabajo de mejoramiento del medio.
b) Establecimiento de proyectos para el momento de salida.

**3.° Antes de la salida bajo palabra**

a) Conversaciones ilustrativas con la familia.
b) Informe del médico de la familia.

c) Adaptación de las condiciones de familia y habitación al retorno del enfermo.
d) Garantía de un trabajo u ocupación.

4.° **Después de la salida**
a) Vigilancia por las clínicas.
b) Vigilancia por visitas domiciliarias y por aquellos que emplean a los enfermos.
c) Consejo de asistencia familiar.

5.° **Higiene mental en el seno de la sociedad.**

En el centro de Profilaxis del Sena, el papel de las trabajadoras sociales es, según Pottet:

1.° Visitar los psicópatas y sus familias, observar el medio social y moral donde viven y su actividad profesional;

2.° Llevar los psicópatas o sus familias al dispensario;

3.° Hacer encuestas sobre el medio al que el enfermo hospitalizado va a volver;

4.° Asegurarse que los tratamientos a domicilio se aplican;

5.° Obtener de las familias que se interesen en sus enfermos (pre-seniles, adolescentes retardados o anormales);

6.° Encontrar un trabajo adecuado a la capacidad de los convalecientes;

7.° Colocación eventual de los convalecientes en una obra;

8.° Hacer encuestas sobre las enfermedades susceptibles de internación;

9.° Vigilancia del sospechoso. Búsqueda de anormales.

El Comité de Servicio Social Psiquiátrico de la American Pychiatric Association puntualiza para los hospitales de Estado:

a) Las funciones de las trabajadoras sociales psiquiátricas son:
1.° Estudiar las situaciones de cada caso y complementar el examen del psiquiatra.
2.° Efectuar cambios en el ambiente que rodea al paciente; a este fin relacionarse con todas las obras que puedan procurar facilidades de bienestar, sociales y educacionales, públicas y privadas, en el distrito donde funciona la clínica u hospital.
3.° Asegurar la cooperación de otras entidades sociales y, cuando es posible, combinar con ellas, por intermedio de conferencias conjuntas con el psiquiatra, el trabajo, colaborando con el hospital o clínica.
4ª Efectuar o modificar actitudes de los pacientes, y a fin de que los cambios en el ambiente, y los consejos del psiquiatra puedan ser aceptados y seguidos con respecto a sus actitudes y actividades como relacionados con la situación del caso·

b) El trabajo del psiquiatra y el de la trabajadora social deben ser inter-relacionados. Esta inter-relación está mejor asegurada cuando:

1.° El psiquiatra retiene completa responsabilidad por la acción de la trabajadora social psiquiátrica aunque delega en ella una parte del trabajo que ésta efectúa en un campo de acción separado pero íntimamente ligado.

2.° El psiquiatra y la trabajadora social psiquiátrica conferencian entre sí a intervalos frecuentes, manteniéndose mutuamente informados de su labor y hallazgos hechos en el caso.

3.° El psiquiatra debe ser tan preciso como sea posible para los requerimientos del caso en lo que concierne a más amplia información, tratamiento o colocación.
A fin de que la trabajadora social psiquiátrica pueda obrar satisfactoriamente, frecuentemente debe confeccionar sus planes extemporáneamente, pero el psiquiatra debe revisar todo trabajo efectuado en el caso en relación con su requerimiento del servicio social.

4.° El caso se asigna a la trabajadora social psiquiátrica al comienzo del período de contacto hospitalario o clínico, y el psiquiatra, cuando efectúa el contacto preliminar, prepara al paciente o su familia para la entrada de la trabajadora social.

## ESCUELA DE VISITADORAS

La formación de personal especializado debe ser la preocupación mayor si se quiere obtener los beneficios que se consiguen en otros países y ya se obtienen en el nuestro, a pesar de los incipientes servicios con que contamos.

El personal debe recibir una instrucción apropiada y por lo tanto deben apoyarse y dar toda la ayuda posible a las escuelas de visitadoras de higiene y asistentes sociales.

## COORDINACION DE SERVICIOS

Es indudable que si se desea obtener real beneficio de los servicios sociales se debe tratar, no de unificar los servicios, sino de coordinar su esfuerzo ya que todos tienden al mismo fin: el bien de la sociedad; con ese objeto se debe tratar de establecer relación entre los directores de los servicios en forma de solucionar los problemas que se les presenten sin egoísmos y tratando de trabajar en forma conjunta.

Los representantes de los distintos directores podrían formar un departamento que sería el encargado de mantener la coordinación necesaria para conseguir los fines propuestos.

# PLAN ANALITICO DE LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA

## SUMARIO